

**مجاز استفاده و افشای اطلاعات صحی / AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION**

<b>اطلاعات بیمار / Patient Information</b>	
نام بیمار: _____ تاریخ تولد: _____ چهار رقم آخر اجتماعی: _____ آدرس: _____ شهر: _____ ایالت: _____ زپ کود: _____ تلفون: _____ ایمیل: _____	
<b>روش دریافت/نوع رسانه (لطفاً فقط یکی را علامه بزنید)</b>	
<input type="checkbox"/> MyChart پورتال بیمار <input type="checkbox"/> سی دی (تحویل حضوری توسط بیمار/شخص دیگر) (رمزگذاری شده) <input type="checkbox"/> سی دی (از طریق پوست) (رمزگذاری شده) <input type="checkbox"/> فکس <input type="checkbox"/> درایو فلش USB (تحویل حضوری توسط بیمار/شخص دیگر) (رمزگذاری شده) <input type="checkbox"/> درایو فلش USB (از طریق پوست) (رمزگذاری شده) <input type="checkbox"/> کپی کاغذی (تحویل حضوری توسط بیمار/دیگر) <input type="checkbox"/> کپی کاغذی (از طریق پوست) <input type="checkbox"/> ایمیل (رمزگذاری شده) <input type="checkbox"/> ایمیل (رمزگذاری نشده) (توجه: اگر می‌خواهید اطلاعاتی را از طریق ایمیل به صورت رمزگذاری نشده ارسال کنیم، این خطر خوانده شدن اطلاعات توسط شخص ثالث غیرمجاز را افزایش می‌دهد.)	
<b>Reason or Purpose for the use and/or disclosure of the information / دلیل یا هدف استفاده و/یا افشای اطلاعات</b>	
<input type="checkbox"/> مراقبت مستمر <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> معلولیت <input type="checkbox"/> مقایسه کاری <input type="checkbox"/> دلایل شخصی <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____	
<b>انتشار اطلاعات از:</b>	
(نام شفاخانه، داکتر، ارائه‌دهنده خدمات درمانی) _____ آدرس: _____ شهر: _____ ایالت: _____ زپ کود: _____ تلفون: _____ فکس: _____	
<b>Release/Send my health information to: <input type="checkbox"/> Check this box if same as patient listed above. OR اطلاعات صحی من را منتشر/ارسال کنید به: <input type="checkbox"/> اگر اطلاعات مربوط به بیمار ذکر شده در بالا می‌باشد، این کادر را علامه بزنید. یا</b>	
(نام شفاخانه، داکتر، ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحی و غیره) _____ آدرس: _____ شهر: _____ ایالت: _____ زپ: _____ تلفون: _____ فکس: _____ ایمیل آدرس: _____	
<b>Information to be released / اطلاعاتی که باید منتشر شود</b>	
اطلاعاتی مرتبط با محدوده تاریخی زیر منتشر می‌شود _____ الی _____ <input type="checkbox"/> سوابق شفاخانه (لطفاً سوابقی را که می‌خواهید منتشر شوند علامه بزنید) <input type="checkbox"/> خلاصه سوابق طبی (به عنوان مثال H&P (تاریخچه و معاینه فیزیکی) گزارش‌های عملیات، مشوره‌ها، گزارش‌های آزمایش، خلاصه رخصتی) <input type="checkbox"/> خلاصه رخصتی <input type="checkbox"/> تاریخچه و فیزیکی <input type="checkbox"/> سوابق واکسیناسیون <input type="checkbox"/> گزارش‌های بخش عاجل <input type="checkbox"/> عملیات/گزارش‌های رویه <input type="checkbox"/> گزارش‌های (های) آسیب‌شناسی <input type="checkbox"/> گزارش‌های (های) اشعه ایکس <input type="checkbox"/> گزارش‌های لابراتوار <input type="checkbox"/> گزارش‌های فیزیوتراپی/کاردرمانی <input type="checkbox"/> گزارش بل‌ها <input type="checkbox"/> سایر موارد: (مشخص کنید) _____ <input type="checkbox"/> سوابق مطب/کلینیک (نام ارائه دهنده را مشخص کنید): _____ <input type="checkbox"/> گزارش بل‌های مطب	

**Release of Special Protected Records / انتشار سوابق حفاظت شده ویژه**

من می دانم که اطلاعات موجود در دوسیه صحت من ممکن است شامل اطلاعات مربوط به بیماری های مقاربتی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایز) یا وایروس نقص ایمنی انسانی (HIV) باشد. همچنین ممکن است شامل اطلاعات مربوط به تشخیص یا تداوی سوء مصرف مواد مخدر و/یا الکل، تداوی و/یا مشوره برای صحت روان یا اختلالات روانپزشکی و اطلاعات ژنتیکی باشد.

**Notice Regarding Delivery Mother's Record / اطلاعیه در مورد سوابق زایمان مادر**

من می دانم که اگر در Owensboro Health زایمان کنم، بخشی از سوابق طبی من در دوسیه طبی نوزاد لحاظ خواهد شد.

**Expiration / انقضا**

این مجوز بلافاصله لازم الاجرا می شود و به مدت 120 روز از تاریخ امضا لازم الاجرا خواهد ماند.

**Re-Disclosure / افشای مجدد**

من می دانم که اطلاعات استفاده شده و/یا افشا شده طبق این مجوز ممکن است دیگر توسط قانون حریم خصوصی فدرال (که به عنوان HIPAA نیز شناخته می شود) محافظت نشود و گیرنده اطلاعات صحت شما ممکن است به طور بالقوه آن را دوباره افشا کند.

**Your Rights / حقوق شما**

- من درک می کنم که اجازه افشای اطلاعات مشخص شده در بالا داوطلبانه است. اگر آن را امضا نکنم، می دانم که این کار بر توانایی من بر دریافت تداوی، ثبت نام در هر طرح صحتی، یا واجد شرایط بودن پرداخت/مزایا تأثیری نخواهد داشت.
- من می دانم که حق دارم این مجوز را در هر زمان لغو کنم. لغو مجوز باید به صورت کتبی باشد و توسط من یا از طرف من امضا شده و تحویل داده شود به
 

OHTLMC	OHMCH	OHRH
910 Wallace Ave.	440 Hopkinsville St.	PO Box 20007
Leitchfield, KY 42754	Greenville, KY 42345	Owensboro, KY 42304-0007
توجه: مدیریت اطلاعات صحتی	توجه: مدیریت اطلاعات صحتی	توجه: مدیریت اطلاعات صحتی
تلفون: 270-259-9517	تلفون: 270-338-8378	تلفون: 270-417-6800
- من می دانم که لغو این مجوز پس از دریافت نامه کتبی مؤثر خواهد بود و در مورد اطلاعاتی که قبلاً در پاسخ به این مجوز منتشر شده، اعمال نخواهد شد.
- من می دانم که لغو مجوز در مورد کمپانی بیمه من اعمال نمی شود، در غیر اینصورت قانون به بیمه گزار من این حق را می دهد که بر اساس بیمه نامه من اعتراض کند.
- من حق دریافت یک کپی از این مجوز را دارم (در صورت درخواست مجوز برای استفاده یا افشای اطلاعات صحتی توسط ارائه دهنده، لازم است).

**Legally Authorized Representative / نماینده مجاز قانونی**

اگر درخواست سوابق یک بیمار بزرگسال را دارید، موارد زیر اعمال می شود:

- 1) وکالت نامه: باید یک کپی از سند POA ارائه دهید.
  - 2) مجری یا مدیر دارایی بیمار بالغ متوفی. باید نسخه ای از صلاحیت یا حکم انتصاب را که توسط قاضی به عنوان مجری یا مدیر دارایی امضا شده، ارائه دهید.
    - در صورت عدم وجود ملک، اسناد محکمه مبنی بر تعیین نماینده شخصی باید ارائه شود.
  - 3) سرپرست قانونی: سرپرست قانونی باید حکم انتصاب را با امضای قاضی ارائه کند و سرپرستی را اعطا کند.
- اگر درخواست سوابق یک بیمار خردسال را دارید موارد زیر اعمال می شود:
- 1) حضانت حقوقی مشترک: والد باید مدارک حضانت را ارائه دهد.
  - 2) سرپرست قانونی: سرپرست قانونی باید حکم انتصاب را با امضای قاضی ارائه کند و سرپرستی را اعطا کند.

**Signature (As required by law) / امضا (طبق قانون)**

من این اطلاعات را خوانده و درک کرده ام. من خود بیمار هستم یا مجاز به امضای این سند برای تأیید مجوز استفاده یا افشای اطلاعات صحتی محافظت شده تحت شرایط ذکر شده در بالا از طرف بیمار هستم.

امضا: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ زمان: \_\_\_\_\_

(بیمار/نماینده قانونی)

در صورت امضای نماینده قانونی، نام و رابطه با بیمار را نوشته کنید.

نام: \_\_\_\_\_ رابطه: \_\_\_\_\_