

**SHTEPISE SE SHENDETIT PUBLIK I MADISONIT DHE KOMUNES DANE**  
**AUTORIZIM PER LIRIM DHE/OSE PER MARJE TE INFOMATAVE**  
**SHENDETESORE**

**1. Informatat e Klientit/Pacientit**

|                                   |       |                              |        |                     |
|-----------------------------------|-------|------------------------------|--------|---------------------|
| Emri i Individid/Emri i meparshem | _____ | _____                        | ( )    | _____               |
|                                   |       | Ditelindja (muaji/data/viti) |        | Numri i telefonit # |
| Adresa ose Boxi postal            | _____ | Qyteti                       | Shteti | Kodi postal         |

**2. E autorizoj Shtepine e Shendetit Publik te Madisonit dhe Komunes Dane te liroj informatat shendetsore dhe rekordet mjeksore per, ose te mar informatat shendetsore dhe rekordet mjeksore prej perfaqesuesit te sherbimit mjeksor, agjensionit, organizates, ose personit te permendur ne vijim:**

Perfaqesuesit te sherbimit mjeksor, agjensionit, organizates, ose personit \_\_\_\_\_ Klienti/Pacientit -Sherbyesi mjeksor numri i identifikimit# (opcionale) \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ Qyteti \_\_\_\_\_ Shteti \_\_\_\_\_ Kodi postal \_\_\_\_\_ Telefoni \_\_\_\_\_

**3. Une autorizoj nderrimin e informatave mjeksore gojarisht, lidhur me kujdesin dhe trajtimin ndermjet "sherbysit mjeksor te larte permendur, agjensionit, idividualit, duke perfshire "mjekun tim kujdestar dhe stafit te tij" dhe Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane (ose perfaqesues te ketij vendi) posaqerisht me infermjeren e Shtepise se Shendetit".**

Emri i Infermjeres se Shtepise se Shendetit dhe numri i telefoni \_\_\_\_\_

**4. Informatat mjeksore ose qeshtja specifike e shendetit per tu liruar/per tu mar/per tu kembyer**

\_\_\_\_\_

**5. Perjashtimet nga kjo forme perfshijne (shenoje informaten specifike):** \_\_\_\_\_

**6. Arsyeya pse ky leshim i informatave po behet: (Shenoj te gjitha arsyet qe perfshihen)**

Udhezim  Trajtimi dhe kujdesi i vazhdueshem  Paaftesi  Investigim legal  Diqka tjeter \_\_\_\_\_

**7. Leshimi i informatave qe kerkon aprovim te posaqem: Nenshkrimi im me poshte autorizon leshimin e posaqem te informatave shendetsore lidhur me tesin, diagnozen dhe trajtimin per kategorite e zgjedhura me poshte:**

Shendeti psikik  Paaftesi zhvillimore  Abuzimi i alkoholit dhe/ose droges  SIDA

**8. Data e skadimit:** Ky autorizim ka efekt per nje vit, perveq nese shenohet ndryshe, dhe vazhdohet ne rekordet e ardhshme qe krijohen pas dates se nenshkrimit, date alternative, or ndodhi, perderisa trajtimet dhe sherbimet vazhdojne derisa ky autorizim ka efekt.

Data alternative/ edhe nese nuk eshte brenda nje viti: \_\_\_\_\_ ose \_\_\_\_\_  
Data (muaji/data/viti) Ngarja

**9. A eshte ky autorizim edhe per rekordet ne leter?**  Po  Jo

**10. Per me i leshu informatat ne rekordet ne leter per Shtepine e Shendetit Publik te Madisonit dhe Komunes Dane, dergoj/ose me fax tek: (Te lutem zgjedhe lokacionin me poshte)**

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507  
Madison, WI 53703-3346  
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.  
Madison, WI 53704  
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010  
Madison, WI 53713  
Fax: (608) 266-4858

\_\_\_\_\_  
Nenshkrimi i Klientit/Pacientit

\_\_\_\_\_  
Data (muaji/data/viti)

\_\_\_\_\_  
\*Nenshkrimi i prindit te te miturit, Kujdestari ose Agenti i autorizuar.

\_\_\_\_\_  
Data (muaji/data/viti)

**Te lutem pershkruaje autoritetin tuaj:** \_\_\_\_\_

\*Nese nenshkruhet nga prindi i te miturit, une deklaroj se nuk kam denoncuar vendosjen fizike te ketij femije ose nuk kam denoncuar aksesin e rekordeve te ketij femije. Nese jeni kujdestari, ju lutem na jepni kopjen e letrave qe deshmojne kujdestarine tuaj. Nese nenshkruhet nga agenti me Prokurori, ju lutem na jepni deshmine nga Prokuroria dhe deklaraten e paaftesise.

Referenca: Rregullorja e WI 146.82, 51.30, 252.15 dhe kerkesave te ligjit HIPAA 42 CFR pjesa 2 & 45 CFR pjesa 164.

## INFORMATAT SHTOJCE LIDHUR ME PERDORIMIN DHE LIRIMIN E INFORMATAVE SHENDETSORE TE MRBOJTURA

Regulli i ligjit te Privatsise HIPAA kerkon qe Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane te sigurohen qe informatat tuaja shendetsore te mbrojtura te mbahen konfidenciale dhe te mos i lirohen askujt ose te mos perdoren nga askush pa lejen, autorizimin tuaj, ose perveq nese lejohen posaqerisht nga ligji.

**Nuk jeni te obliguar te nenshkruani:** Nuk jeni te obliguar te nenshkruani kete forme dhe keni te drejte te refuzoni. Perveq nese informatat e duhura jane te domosdoshme per trajtimin e nevojshem, Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane nuk do te refuzoj te ju ofroj trajtimin apo sherbimet tjera shendetesore nese ju refuzoni ta nenshkruani kete forme.

**Revokimi:** Keni te drejte te revokoni kete autorizim, me shkrim, ne cfare do kohe para se te skadoj. Megjithate, revokimi juaj me shkrim nuk do te kete asnje efekt ne lirimin e informatave tuaja mjeksore te cilat individi, agjensioni ose organizata e permendur ne faqen tjetere te kesaj forme tashme i ka liruar, duke u mbeshtetur ne autorizimin paraprak, para se te behej revokimi.

**E drejta per te Inspektuar dhe bere kopje:** Keni te drejte per te inspektuar dhe te merni kopjen e rekordeve tuaja mjeksore te cilat ne i mirembajme, duke perfshire edhe formatin elektronik te tyre. Nese kerkoni lirimin e informatave shendetesore per sherbime te metutjeshme mjeksore, nuk do kete gjobe. Ne mund te kerkojme per tu bere nje pagese e arsyeshme per coston e kopjeve dhe dergimit me poste te dokumenteve nese kerkohen per ndonje arsye tjetere.

**Data e skadinit:** Ky autorizim skadon ne daten e caktuar ose me ngjarjen e permendur ne kete form.

**Rizbulimi i informatave:** Informatat e leshuara duke zbatuar kete autorizim nuk jane te mbrojtura nga ligjet e privatesise federal duke perfshire edhe faktin qe palet qe pranojne keto informata nuk jan te obliguar me ligj per ti mbajtur konfidenciale.

**Pasojat nese refuzoni te nenshkruani:** Ne nuk do te ju refuzojme sherbimet nese ju refuzoni ta nenshkruani kete autorizim, por mund te limitojme se cilat sherbime mund te ju ofrojme duke mos pasur mundesine e aksesit te informatave te nevojshme per ju.

**Nenshkrimet:** Nese jeni te moshes 18 vjeqare ose me lart, ju jeni personi i vetem qe mund te nenshkruani kete form per te autorizuar lirimin ose zbulimin e informatave tuaja mjeksore. Nese jeni nen moshen 18 vjeqare, atehere prinderi ose kujdestari tuaj mund te nenshkruaj kete form per ju; megjithate jane shume situata ne te cilat rregulli i pergjithshem nuk aplikohet. Per me shume informata ne lidhje me kush eshte i autorizuar te nenshkruaj kete form autorizimi, kontaktoni Zyren Private te Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane.

**E drejta per te bere kopje:** Ju keni te drejte te beni kopjen e ketij autorizimi pasi te keni bere nenshkrimin.

**Na kontaktoni:** Per me shume informata lidhur me te drejten tuaj lidhur me Rregulloren e Privatesise te ligjit HIPAA dhe ligjeve tjera shtetore dhe federale, per te mare nje kopje te Rregulloreve te Privatesise se Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane, per te revokuar autorizimin, ose per te bere ndonje ankese, ju lutem ta kontaktoni personelin e privatesise se Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane ne:

Personeli per privatesi  
Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane  
210 MLK Boulevard, zyrja 507  
Madison, WI 53703  
Telefoni: (608) 266-4821; Faxi: (608) 266-4858; Email adresa [health@publichealthmdc.com](mailto:health@publichealthmdc.com)

Mund te kontaktoni Personelin per privatesi te Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane per te mare nje kopje te Rregullores se Privatesise ose te vizitoni web faqen tone ne <http://www.publichealthmdc.com/about> per te mare nje kopje.