

1. معلومات مراجعه کننده/مريض

نام فرد/نام (های) قبلی	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تلفون روزانه ()
آدرس کوچه یا صندوق پستی	شهر	ایالت
	کد پستی	

2. من به PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان) اجازه می دهم که معلومات صحی و سوابق طبی را به ارائه دهنده مراقبت های صحی، آژانس، سازمان یا افراد فهرست شده در زیر منتشر کند، یا معلومات صحی و سوابق طبی را از آن دریافت کند:

نام ارائه کننده مراقبت صحی، آژانس، سازمان یا فرد _____ شماره شناسایی ارائه دهنده مراجعه کننده/مريض (اختیاری) _____

آدرس کوچه () _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____ تلفون _____

3. من اجازه تبادل معلومات شفاهی طبی در مورد مراقبت و علاج خود را بین "ارائه دهنده مراقبت صحی، آژانس، سازمان یا فرد ذکر شده در بالا، از جمله دکتر معالج من و کارکنان آنها" و "PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان یا دیگر نماینده PHMDC) صادر می کنم، به طور خاص با نرس صحت عامه من:"

نام نرس صحت عامه و شماره تلفون _____

4. معلومات طبی یا موضوع صحی خاص که باید منتشر شود/بدهد/آورده شود/به صورت شفاهی تبادل شود:

5. استثنائات این اجازه عبارتند از (سابقه یا معلومات را مشخص کنید): _____

6. هدفی که افشا برای آن انجام می شود: (همه مواردی را که قابل تطبیق هستند چک کنید)

ارجاع مراقبت و معالجه جاری (مداوم) تعیین یا تشخیص معلولیت تفتیش قانونی دیگر

7. افشای که نیاز به رضایت خاص دارد: امضای من در زیر به طور خاص اجازه انتشار معلومات صحی مربوط به آزمایش، تشخیص و علاج را برای کتگوری نشان میدهد:

صحت روانی معلولیت های رشد و نمو سوء مصرف یا مصرف بیشتر الکل و/یا مواد مخدر ایچ آی وی (HIV) و ایدز (AIDS)

8. تاریخ انقضاء: این مجوز برای یک سال قابل اعتبار است، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد، و به سوابق آینده که پس از تاریخ امضا، تاریخ یا رویداد متبادل، تا زمانیکه چنین معالجه و خدمات این مجوز تا هنوز در حالت اجرا باشد، ایجاد میشوند، گسترش می یابد.

تاریخ/رویداد متبادل اگر یک سال نیست: _____ یا _____ رویداد _____
(تاریخ (سال/روز/ماه))

9. آیا این مجوز برای سوابق تحریری (کاغذی) است؟ خیر بلی

10. تا سوابق طبی کاغذی را به PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان) نشر کند، سوابق را فکس/ارسال کند به: (لطفاً موقعیت را در زیر چک کنید).

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

امضای مراجعه کننده/مريض _____ تاریخ (سال/روز/ماه) _____

* امضای والدین، سرپرست یا نماینده با صلاحیت یک خوردمسال. _____ تاریخ (سال/روز/ماه) _____

لطفاً صلاحیت خود را واضح کنید:

* اگر توسط والدین یک خوردمسال امضا شده باشد، بدینوسیله اعلام می کنم که از قرار دادن فیزیکی این کودک یا دسترسی به سوابق این کودک محروم نشده ام. اگر سرپرست هستید، لطفاً یک کپی نامه های سرپرستی فعلی را تهیه کنید. اگر توسط یک نماینده تحت وکالتنامه امضا شده است، لطفاً یک کپی از وکالتنامه و اظهارنامه عدم توانایی را ارائه کنید.

مرجع: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 (اساسنامه ایالت ویسکانسن)
146.82, 51.30, 252.15 و الزامات HIPAA (صحت عامه منطقه مدیسون و دان)
42, 45 & Part 2 CFR (کود مقررات فدرال بخش 2 و 45) CFR Part 164
(کود مقررات فدرال بخش 164).

معلومات اضافی در مورد استفاده و افشای معلومات صحی محافظت شده

قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA (قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه صحت) از PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) میخواهد تا مطمئن شوند که معلومات صحی محافظت شده شما محرمانه نگه داشته میشود و بدون رضایت، مجوز (صلاحیت) شما برای کسی فاش نمیشود یا توسط کسی استعمال نمیشود، مگر اینکه به طور خاص توسط قانون اجازه داده شود.

عدم مکلفیت به امضا: شما هیچ مکلفیتی برای امضای این فرم ندارید و میتوانید از انجام آن امتناع کنید. اگر معلومات درخواست شده برای اطمینان از معالجه مناسب ضروری نباشد، و شما از امضای این فرم امتناع کنید، PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) از ارائه خدمات معالجه یا سایر خدمات مراقبت های صحی به شما امتناع نخواهد کرد.

لغو (فسخ): شما حق دارید که این مجوز (صلاحیت) را در هر زمان قبل از پایان آن، به صورت کتبی لغو کنید. به هر حال، لغو کتبی شما برای آن فرد، اداره یا سازمان فهرست شده در سمت عقب این فرم تأثیر گزار نخواهد بود، که با اتکا به این مجوز (صلاحیت)، پیش از زمانی که شما آن را لغو کنید، افشای معلومات طبی انجام شده باشد.

حق تفتیش و کاپی: شما حق دارید یک کاپی از مجموعه سوابق طبی خود، به شمول فارم الکترونیکی، که توسط ما نگهداری میشود، تفتیش و دریافت کنید. در صورت درخواست انتشار معلومات صحی برای مراقبت های طبی بیشتر، هیچ هزینه ای دریافت نمی شود. ما ممکن یک هزینه معقول را برای مصارف کاپی و ارسال برای اهداف دیگر طلب کنیم.

انقضاء: این مجوز (صلاحیت) در تاریخ یا در رویدادی که در این فرم مشخص شده است، منقضی می شود.

افشای مجدد معلومات: معلومات افشا شده بر اساس این مجوز (صلاحیت) توسط قوانین فدرال حفظ حریم خصوصی محافظت نمی شود تا جایی که نهادهایی که این معلومات را به دست می آورند طبق قانون ملزم به حفظ محرمانه بودن این اطلاعات نیستند.

عواقب انکار از امضا: اگر شما از امضای این مجوز (صلاحیت) انکار کنید، ما خدمات شما را رد نمی کنیم، اما ممکن در مورد خدماتی را که می توانیم بدون دسترسی به معلومات لازم در مورد شما ارائه دهیم، محدود باشیم.

امضاها: اگر شما 18 ساله هستید یا سن بیشتر دارید، شما تنها فردی هستید که می توانید این فرم را برای اجازه انتشار یا افشای معلومات طبی خود امضا کنید. اگر از 18 سال کمتر سن دارید، والدین یا سرپرست شما باید این فرم را برای شما امضا کنند؛ به هر حال، حالات زیاد وجود دارد که در آنها این قانون عمومی تطبیق نمی شود. برای معلومات بیشتر در مورد افرادی که صلاحیت امضای این فرم مجوز (صلاحیت) را دارند، با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) تماس بگیرید.

حق داشتن یک کاپی: پس از امضای این مجوز (صلاحیت)، شما حق دریافت یک کاپی از آن را دارید.

به ما تماس بگیرید: برای به دست آوردن معلومات بیشتر در مورد حقوق خود تحت قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA (قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه صحت) و دیگر قوانین فدرال و ایالتی، برای دریافت نسخه ای از اطلاعیه حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان)، لغو مجوز، یا ثبت شکایت، لطفاً با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) در آدرس زیر تماس بگیرید:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

تلفون: (608) 266-4821؛ فکس: (608) 266-4858؛ ایمیل به این آدرس health@publichealthmdc.com

شما می توانید برای دریافت یک کاپی از اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) تماس بگیرید یا برای یک کاپی از این وب سایت ما <http://www.publichealthmdc.com/about> دیدن کنید.