

**AFYA YA UMMA MADISON NA KAUNTI YA DANE  
IDHINI YA KUTOA NA/AU KUPATA TAARIFA ZA AFYA**

**1. Taarifa ya Mteja/Mgonjwa**

_____	_____	( ) _____
Jina la Mtu binafsi/Majina ya Awali	Tarehe ya Kuzaliwa	Simu ya Mchana #
_____	_____	_____
Anwani ya Mtaa au Sanduku la Posta	Mji	Jimbo Namba ya Posta

**2. Ninaidhinisha Afya ya Umma ya Madison na Kaunti ya Dane kutoa maelezo ya afya na rekodi za matibabu kwa, AU kupata maelezo ya afya na rekodi za matibabu kutoka, mtoa huduma wa afya, wakala, shirika, au mtu binafsi aliyeorodheshwa hapa chini:**

_____	_____
Jina la mtoa huduma, wakala, shirika, au mtu binafsi	Nambari ya kitambulisho cha Mteja/Mtoa huduma wa mgonjwa#(Hiari)
_____	_____
Anwani ya Mtaa	Mji Jimbo Namba ya Posta ( ) Simu

**3. Ninaidhinisha ubadilishanaji wa taarifa ya matibabu kuhusu utunzaji na matibabu yangu kati ya "mhudumu wa afya aliyeorodheshwa hapo juu, wakala, shirika, au mtu binafsi, ikijumuisha daktari wangu anayenitibu na wafanyikazi wao" na "PHMDC (au mwakilishi mwingine wa PHMDC), hasa na Muuguzi wangu wa Afya ya Umma:"**

\_\_\_\_\_

Jina la Muuguzi wa Afya ya Umma na Nambari ya Simu

**4. Taarifa za Matibabu au Suala Maalum la Afya Litatolewa/Kupatikana/Kubadilishana kwa Maneno:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Isipokuwa kwa idhini hii ni pamoja na (bainisha rekodi au taarifa):** \_\_\_\_\_

**6. Kusudi ambalo ufichuzi unafanywa (Weka alama kwa yote yanayotumika)**

Rejeshwa  Utunzaji na Matibabu zinazoendelea  Uamuzi wa ulemavu  Uchunguzi wa kisheria  Nyingine \_\_\_\_\_

**7. Ufichuzi unaohitaji idhini Maalum Sahihi yangu hapa chini inaidhinisha hasa kutolewa kwa ya afya taarifa ya afya yanayohusiana na upimaji, utambuzi na matibabu kwa yaliyowekwa alama kwenye kategoria zifuatazo:**

Afya ya Akili  Ulemavu wa Kimaendeleo  Pombe na/au Matumizi Mabaya ya Dawa za Kulevya  VVU na UKIMWI

**8. Tarehe ya Mwisho ya Matumizi** Uidhinishaji huu ni halali kwa mwaka mmoja, isipokuwa ikiwa imeelezwa vinginevyo, na unaenea hadi rekodi za siku zijazo zilizoundwa baada ya tarehe ya sahihi, tarehe mbadala au tukio, mradi tu matibabu na huduma kama hizo zifanyike wakati uidhinishaji huu ungali inatumika.

Tarehe / tukio mbadala ikiwa si mwaka mmoja: \_\_\_\_\_ Au \_\_\_\_\_

Tarehe (mm / tt / mmmm)      Tukio

**9. Je, hii ni idhini ya rekodi za karatasi?**  Ndio  Hapana

**10. Ili kutoa rekodi za matibabu kwa PHMDC, faksi/tuma rekodi kwa: (Tafadhali angalia eneo hapa chini.)**

<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
--	--	---

\_\_\_\_\_

Sahihi ya Mteja/Mgonjwa      Tarehe (mm / tt / mmmm)

\_\_\_\_\_

\*Sahihi ya Mzazi wa Mtoto Mdogo, Mlezi au Wakala Aliyeidhinishwa.      Tarehe (mm / tt / mmmm)

**Tafadhali eleza mamlaka yako:** \_\_\_\_\_

\*Ikiwa imetiwa sahihi na mzazi wa mtoto mdogo, ninathibitisha kwamba sijakataliwa kumweka mtoto huyu kimwili au kunyimwa ufikiaji wa rekodi za mtoto huyu. Ikiwa wewe ni Mlezi, tafadhali toa nakala ya Barua za Ulezi za sasa. Ikiwa imetiwa sahihi na Wakala chini ya Mamlaka ya Wakili, tafadhali toa nakala ya Mamlaka ya Wakili kutokuwa uwezo wa taarifa.

Rejelea: Sheria za WI 146.82, 51.30, 252.15 & mahitaji ya HIPAA 42 CFR Sehemu ya 2 & 45 CFR Sehemu ya 164.

## TAARIFA YA ZIADA KUHUSU MATUMIZI NA UFICHUZI WA TAARIFA ZILIZOLINDWA ZA AFYA

Kanuni ya Faragha ya HIPAA inahitaji Afya ya Umma ya Madison na Kaunti ya Dane (PHMDC) kuhakikisha kuwa maelezo yako ya afya yanayolindwa yanawekwa siri na hayafichuliwi kwa mtu yeyote au kutumiwa na mtu yeyote bila idhini yako, uidhisho, au isipokua inaruhusiwa na sheria mahususi.

**Hakuna Wajibu wa kutia Sahihi:** Huna wajibu wa kutia sahihi kwenye fomu hii na unaweza kukataa kufanya hivyo. Isipokuwa taarifa iliyoombwa ni muhimu ili kuhakikisha matibabu ya kutosha, PHMDC haitakataa kukupa matibabu au huduma nyingine za afya iwapo utakataa kutia sahihi kwenye fomu hii.

**Kuondoa Idhini:** Una haki ya kuondoa uidhinishaji huu, kwa maandishi, wakati wowote kabla ya kutamatika. Hata hivyo, utoaji wako wa idhini kwa kutumia maandishi hautaathiri ufunuo wowote wa maelezo yako ya matibabu kwa mtu binafsi, wakala au shirika lililoorodheshwa kwenye upande wa nyuma wa fomu hii tayari wamefanya, kutegemea na idhini hii, kabla ya muda wa kubadilisha idhini.

**Haki ya kukagua na kunakili:** Una haki ya kukagua na kupokea nakala ya seti maalum ya rekodi zako za matibabu ambazo tunahifadhi, ikiwa pamoja na muundo wa kielektroniki. Ukiomba kutolewa kwa maelezo ya afya kwa ajili ya matibabu zaidi, hakuna ada itakayotozwa. Tunaweza kutoza ada inayofaa kwa gharama ya kunakili na kutuma barua kwa madhumuni mengine.

**Tarehe ya mwisho ya matumizi:** Uidhinishaji huu utakoma kutumika mnamo tarehe au kwa tukio lililoonyeshwa kwenye fomu hii.

**Ufichuaji upya wa Taarifa:** Taarifa iliyofichuliwa kwa mujibu wa uidhinishaji huu hailindwi na sheria za faragha za shirikisho kwa kiwango ambacho huluki zinazopata taarifa hizi hazitakiwi kisheria kuweka taarifa kama hizo kuwa siri.

**Matokeo ya kukataa kutia sahihi:** Hatutakunyima huduma ukikataa kutia sahihi uidhinishaji huu, lakini tunaweza kuwa na kikomo katika huduma ambazo tunaweza kukupa bila kuwa na ufikiaji muhimu wa taarifa kukuhusu.

**Sahihi:** Ikiwa una umri wa miaka 18 au zaidi, wewe ndiye mtu pekee ambaye unaweza kutia sahihi fomu hii ili kuidhinisha kutolewa au kufichuliwa kwa taarifa yako ya matibabu. Ikiwa uko chini ya umri wa miaka 18, mzazi au mlezi wako lazima atie sahihi fomu hii kwa niaba yako; hata hivyo, kuna hali nyingi ambazo sheria hii ya jumla haitumiki. Kwa maelezo zaidi kuhusu ni nani aliyeidhinishwa kutia sahihi fomu hii ya uidhinishaji, wasiliana na Ofisi ya Faragha ya PHMDC.

**Haki ya nakala:** Una haki ya kupata nakala ya uidhinishaji huu baada ya kutia sahihi.

**Wasiliana Nasi:** Kwa taarifa zaidi kuhusu haki zako chini ya Kanuni ya Faragha ya HIPAA na sheria nyingine za shirikisho na serikali, ili kupata nakala ya Notisi ya PHMDC ya Mazoea ya Faragha, kubatilisha uidhinishaji, au kusajili malalamiko, tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha wa PHMDC kwa:

Afisa wa Faragha  
Afya ya Umma Madison na Dane County  
210 MLK Blvd., Room 507  
Madison WI 53703  
Nambari ya Simu: (608) 266-4821; Faksi: (608) 266-4858; E-mail at [health@publichealthmdc.com](mailto:health@publichealthmdc.com)

Unaweza kuwasiliana na Afisa wa Faragha wa PHMDC kwa nakala ya Ilani yetu ya Utendaji wa Faragha au tembelea tovuti yetu katika <http://www.publichealthmdc.com/about> kwa nakala.