

مجوز استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی

تکمیل این سند، افشا و/یا استفاده از اطلاعات بهداشتی شما را مجاز می سازد. عدم ارائه کلیه اطلاعات درخواستی می تواند این مجوز را باطل کند.

به خاطر داشته باشید: اگر شما بیمار/نماینده بیماری هستید که سوابق پزشکی را برای استفاده شخصی درخواست کرده اید، ممکن است تهیه سوابق پزشکی شامل هزینه باشد.

توضیحات

این مجوز از شما درخواست شده است تا با شرایط محرمانه بودن قانون اطلاعات پزشکی 1981، قانون مدنی بخش 56 و دنباله آن و قانون انتقال و پاسخ گویی الکترونیک بیمه سلامت (HIPAA) سال 2003 مطابقت داشته باشد.

نام بیمار:	
تاریخ تولد:	چهار رقم آخر شماره تأمین اجتماعی یا سوشال سکوریتی:
آدرس کنونی:	
شماره خانه:	شماره تلفن:
ایمیل:	

استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی

من بدینوسیله اجازه می دهم:

بیمارستان سنت جوزف مرکز پزشکی سنت جود

بیمارستان میشن بیمارستان میشن ساحل لاگونا کودکان CHOC در بیمارستان میشن

برای قرار دادن پرونده پزشکی من در اختیار: خودم یا مکان/فرد زیر

گزینه تحویل: ارسال پستی به آدرس بیمار ارسال پستی به مکان/فرد به آدرس زیر سی دی فلش درایو USB

ایمیل: @ _____ فکس به شماره: _____ یا تماس هنگامی که برای تحویل آماده است: شماره _____

مکان/نام فرد	خطاب به:
آدرس:	تلفن:
شهر:	ایالت:
کد پستی:	فکس:

اطلاعات افشایی (فقط یک مورد از این بخش را انتخاب کنید)

تعیین تاریخ(های) درمان در بیمارستان/کلینیک:

اطلاعات مربوطه: (اکثر بیماران و پزشکان به این مورد نیاز دارند) خلاصه ترخیص، گزارش بخش اورژانس، تاریخچه و گزارش های وضعیت جسمی، مشاوره ها، گزارش های عملیاتی، آزمایشگاه ها، گزارش های رادیولوژی، نوار مغز، نوار عصب و عضله، نوار قلب، گزارش های آسیب شناسی.

یا کل سوابق پزشکی (شامل هزینه خواهد بود)

یا فقط سوابق یا انواع اطلاعات سلامت زیر:

فقط درخواست های سی دی رادیولوژی/تصویربرداری بیمارستان میشن. (درخواست سی دی برای مرکز پزشکی سنت جود یا بیمارستان سنت جوزف باید مستقیماً به بخش های رادیولوژی/تصویربرداری در بیمارستان ارسال شود)

مجوز انتشار اطلاعات تحت محافظت قانونی

من بطور خاص انتشار اطلاعات زیر (درج حروف اول نام و تاریخ به صورت مناسب) را مجاز می دانم:

اطلاعات مربوط به بهداشت روان	حروف اول نام و تاریخ:
نتایج آزمایش اچ آی وی	حروف اول نام و تاریخ:
اطلاعات مربوط به درمان الکل/مواد مخدر	حروف اول نام و تاریخ:

برای مجوز افشا یا استفاده از یادداشت های روان درمانی، مجوز جداگانه ای لازم است



هدف استفاده یا افشای درخواستی: درخواست بیمار ادامه مراقبت قانونی بیمه سایر: _____

انقضاء

این مجوز در این زمان منقضی می شود (تاریخ): _____
اگر هیچ تاریخی مشخص نشده است، این مجوز 6 ماه بعد از تاریخ امضاء منقضی می شود.

حقوق من

من می توانم از امضای این مجوز امتناع کنم. اگر من از امضای این مجوز امتناع ورزم، باید بدانم که طبق قانون، اطلاعات بهداشتی من منتشر نمی شوند. امتناع من بر صلاحیت من جهت دریافت درمان یا پرداخت و یا واجد شرایط بودن مزایا، تأثیری نخواهد گذاشت.
من می توانم یک نسخه از اطلاعات بهداشتی که از من در مورد اجازه استفاده یا افشای آن درخواست شده است را بررسی کرده یا بگیرم. من می توانم هر زمان که بخواهم این مجوز را لغو کنم، اما باید آن را به صورت کتبی انجام دهم و آن را به بیمارستان میهن، بیمارستان سنت جوزف یا مرکز پزشکی سنت جود، که در زیر ذکر شده اند، ارسال کنم.
الغای من از زمان دریافت قابل اجرا خواهد بود، مگر به حدی که دیگران با اتکا به این مجوز عمل کرده باشند. من حق دارم یک نسخه از اطلاعات فاش شده به موجب این مجوز می توانند توسط گیرنده مجدداً فاش شوند. چنین افشاگری های مجددی در بعضی موارد توسط قانون کالیفرنیا محافظت نمی شوند و ممکن است دیگر توسط قانون محرمانگی فدرال (HIPAA) محافظت نشود.

امضاء

امضای بیمار: _____ تاریخ: _____
امضای نماینده قانونی: _____ تاریخ: _____
(نماینده بیمار) لطفا نام را به صورت چاپی بنویسید: _____

اگر توسط شخص دیگری غیر از بیمار امضا شده است، رابطه حقوقی خود را با بیمار و این که چرا صلاحیت عمل برای بیمار دارید را بیان کنید: _____
برای انتشار سوابق سلامت روان، باید از پزشکی که در طول مدت بستری بودن بیمار در کنارش حضور داشته است، مجوز بگیریم و طبق مقررات ایالتی باید با آن سوابق، محرمانه رفتار کنیم (قانون رفاه و مؤسسات شماره 5328).

ارسال درخواست به:

بیمارستان میهن

تلفن: (714) 771-8206

فکس: (714) 744-8679

ایمیل: SMMROI@stjoe.org

وبسایت: mission4health.com

بیمارستان سنت جوزف

تلفن: (714) 771-8167

فکس: (714) 771-8965

ایمیل: SJMROI@stjoe.org

وبسایت: stjoe.org

بیمارستان پزشکی سنت جود

تلفن: (714) 771-8202

فکس: (714) 744-8785

ایمیل: SFMROI@stjoe.org

وبسایت: stjoudemedicalcenter.org

HOSPITAL USE ONLY

PHYSICIAN RELEASE OF MEDICAL RECORD

APPROVED By Physician Name: _____ Date: _____ HIM Staff initials: _____

DENIED - REASON FOR DENIAL: _____

MD Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Request completed by hospital staff: _____ Date: _____