

MRN: _____
Office Use Only

معلومات بیمار Patient Information

نام بیمار : Patient Name

_____ DOB (ماه/روز/سال) تاریخ تولد:

_____ : Address آدرس

_____ : City شهر _____ : State ایالت _____ : Zip Code کد پستی

_____ : Phone Number شماره تلفن

_____ : Email Address آدرس ایمیل

آیا در پورتال بیمار ثبت نام کرده اید؟ (دایره بکشید): بلی / نخیر YES / NO Are you registered for the Patient Portal? (Circle):

دریافت کننده معلومات صحی Recipient of Health Information

I hereby authorize Elica Health Centers, its staff and providers, to

بدین وسیله به مراکز صحی الیکا، کارمندان و ارائه دهندگان خدمات صحی آن اجازه می دهم تا:

Disclose to ☐ — معلومات را ارائه کنند به

Request from ☐ — معلومات را درخواست کنند از

_____ Person/Organization شخص/سازمان:

_____ Address آدرس:

_____ City _____ State: _____ Zip Code

_____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی:

_____ Phone Number شماره فکس _____ Fax Number شماره تلفن:

_____ :Email Address

آدرس ایمیل

Delivery Method: روش ارسال:

☐ Mail / پست ☐ Fax / فکس ☐ Pickup / دریافت حضوری ☐ Secure Email / ایمیل مصون

**AUTHORIZATION TO RELEASE OR DISCLOSE
INTEGRATED HEALTH INFORMATION**

هدف از ارائه معلومات Purpose of Disclosure

The purpose of the disclosure of my health information is
هدف از ارائه معلومات صحی من عبارت است از:

Care Coordination هماهنگی مراقبت‌های صحی ☐

Legal/Medical Investigation تحقیقات قانونی/صحی ☐

Billing/Payment Activities امور بل و پرداخت ☐

Personal Use استفاده شخصی ☐

Other (Specify) (مشخص کنید): ☐

معلوماتی که باید ارائه شود Information to be Disclosed

I authorize the following information to be disclosed: من اجازه می‌دهم معلومات زیر ارائه شود:
تمام معلومات و سوابق صحی من، شامل سوابق طبی، نتایج آزمایش‌ها، نتایج رادیولوژی، تشخیص‌ها، یادداشت‌های مشوره، سوابق دندان، درمان‌ها و نسخه‌های دوا. ☐

All of my health information and records, including, my medical records, lab results, radiology results, diagnoses, consult notes, dental records, treatment, and prescriptions.

Date Range محدوده تاریخ:

OR یا

Only the following information (Specify) (مشخص کنید): ☐

معلوماتی که اجازه ارائه آن داده می‌شود Information to be Disclosed

I authorize the disclosure of the following specially protected health information (42 C.F.R. 2.34 & 2.35; CA HSC 120980 & 124800) [check and initial all that apply]:

من اجازه می‌دهم معلومات صحی زیر که از محافظت ویژه برخوردار است، ارائه شود (42 C.F.R. 2.34 و 2.35؛ CA HSC 120980 و 124800)
[تمام موارد مربوط را علامت زده و در مقابل آن‌ها حروف اول نام و تخلص خود را بنویسید]:

خدمات صحت روانی (به استثنای یادداشت‌های روان‌درمانی) ☐ حروف اول نام و تخلص:

نتایج آزمایش HIV/AIDS ☐ حروف اول نام و تخلص:

نتایج آزمایش‌های ژنتیکی ☐ حروف اول نام و تخلص:

بیماری‌های مقاربتی یا سایر بیماری‌های ساری ☐ حروف اول نام و تخلص:

سوابق درمان الکل یا مواد مخدر ☐ حروف اول نام و تخلص:

سوابق بل و پرداخت ☐ حروف اول نام و تخلص:

مدت اعتبار و لغو اجازهنامه Expiration and Revocation

این اجازهنامه به تاریخ ____ / ____ / ____ اعتبار خود را از دست می‌دهد. (اگر تاریخی ذکر نشده باشد، این اجازهنامه از تاریخ امضای من در پایین، برای یک (۱) سال اعتبار دارد.)

This Authorization will expire ____ / ____ / ____ (If no date noted, this Authorization is valid one (1) year from the date of my signature below)

من می‌توانم از امضای این اجازهنامه خودداری کنم و این کار بر درمان یا پرداخت هزینه‌های خدمات صحی من تأثیری نخواهد داشت.

I may refuse to sign this authorization, which will not affect my treatment or payment for healthcare

من می‌توانم در هر زمانی، پیش از ارائه معلومات درخواستی، با ارائه درخواست کتبی برای لغو اجازهنامه مطابق با موارد ذکر شده در اطلاعیه حفظ حریمیت، این اجازهنامه را لغو کنم. I may revoke this authorization at any time before the information I have requested is released by providing written notice of revocation as specified in the Notice of Privacy Practices

امضا Signature

من می‌دانم و درک می‌کنم که:

- با امضای این فورم، اجازه استفاده یا ارائه معلومات صحی محافظت‌شده را، همان‌طور که در بالا مشخص شده است، می‌دهم.
- می‌دانم که تمام معلومات صحی من محرمانه است و بدون رضایت کتبی من قابل ارائه نیست، مگر این‌که قانون آن را اجازه دهد یا الزامی ساخته باشد.
- اگر دریافت‌کننده تابع قوانین حفظ حریمیت سوابق صحی نباشد، ممکن است معلومات دریافت‌شده را دوباره ارائه کند و در آن صورت، این معلومات دیگر تحت حمایت قوانین فدرال یا ایالتی قرار نگیرد. مراکز صحی الیکا مسئول هیچ‌گونه پیامدی که در نتیجه ارائه دوباره معلومات به وجود آید، نخواهد بود.
- مراکز صحی الیکا بدون اطلاع من، معلومات صحی مرا برای اهداف بازاریابی یا پرداخت استفاده یا شریک نخواهد ساخت.
- یک کاپی از این فورم امضا شده به من داده خواهد شد.
- مراکز صحی الیکا ممکن است برای پوشش هزینه‌های اداری، از جمله کار، کاپی و ارسال پستی، فکس دریافت کند. دفتر معلومات صحی مرا از هرگونه هزینه مطلع کرده و ترتیب پرداخت آن را خواهد داد.
- رسیدگی به این درخواست ممکن است تا ۱۵ روز یا مدت‌زمانی که قانون تعیین کرده است، طول بکشد.
- این فورم با الزامات ۱۲۳۱۱۱(a) ۴۵، CA HSC ۱۶۴.۵۰۸(c)، و Civil CA Code §56.11 مطابقت دارد.
- من فرصت کافی داشته‌ام تا محتوای این فورم اجازهنامه را مرور کرده و درک کنم. با امضای این اجازهنامه، تأیید می‌کنم که محتوای آن خواسته‌های مرا بدرستی نشان می‌دهد.

Date تاریخ

Patient / Representative Signature
امضای بیمار / نماینده

If patient listed above is a minor or unable to sign and you are a parent, legal guardian, or personal representative signing on behalf of this patient, please sign above your name and complete the following:

اگر بیمار ذکر شده در بالا زیر سن قانونی است یا قادر به امضا نیست و شما به‌عنوان پدر، مادر، سرپرست قانونی یا نماینده شخصی از طرف این بیمار امضا می‌کنید، لطفاً در بالای نام خود امضا کرده و معلومات زیر را تکمیل کنید:

نام مکمل Print Name

رابطه با بیمار Relationship to Patient