

فورم اجازه نامه معلومات صحی محافظت شده

PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTHORIZATION FORM - HIPAA (DARI)

مرکز های صحی Elica از حفاظت معلومات صحی شما اطمینان می دهد. با استفاده از این فرم افشا/عدم افشا به شما اجازه می دهد که نحوه به اشتراک گذاشتن معلومات صحی محافظت شده خود را به روز یا تغییر دهید. این فرم به ما کمک می کند تا بدانیم کدام جزئیات را می خواهید با افراد زندگی خود به اشتراک بگذاریم. پزشکان و کارکنان Elica فقط درباره درمان یا مراقبت شما با شما صحبت خواهند کرد، به صورت حضوری، تلفنی، یا از طریق پرتال بیمار.

| معلومات مریض (Patient Information) لطفاً معلومات خود را فقط به زبان انگلیسی بنویسید | | |
|---|-------------------|-----------------------------------|
| تخلص (Last Name): | اسم (First Name): | وسط اسم اول حرف (Middle Initial): |
| | | تولد تاریخ (Date of Birth): |

ترجیحات پیامدهی: نوع پیامهای که ترجیح می دهید و آنچه میتوانیم شریک سازیم را به ما بگویید. (ممکن است نرخ پیام و دیتا تطبیق شود).
(Message Preferences: Tell us the type of messages you prefer and what we can share. (Messaging and data rates may apply).)

| پورتال/ایمیل (Email/Portal) | پیام کتبی (Text) | تلفون (Phone) | ذیل موارد تمام (All of the below) |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

به کی: به ما بگویید که میخواهید با چه اشخاص معلومات را شریک سازیم یا نشر دهیم. هر باکس برای یک شخص متفاوت است.
(Who: Tell us who you would like us to share, or release, information with. Each box is for a different person.)

| شخص شماره 1 Person #1 | شخص شماره 2 Person #2 |
|--|--|
| نام و تخلص (First and Last Name): | نام و تخلص (First and Last Name): |
| قربانیت (Relationship): مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: / Other: _____ | قربانیت (Relationship): مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: / Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) | <input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) |
| یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) | یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) |
| <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.) | <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.) |

| شخص شماره 3 Person #3 | شخص شماره 4 Person #4 |
|--|--|
| نام و تخلص (First and Last Name): | نام و تخلص (First and Last Name): |
| قربانیت (Relationship): مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: / Other: _____ | قربانیت (Relationship): مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/> خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> دیگر: / Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) | <input type="checkbox"/> میتوانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.) |
| یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) | یا (OR) <input type="checkbox"/> میتوانیم نوتهای چارت امروز را در زمان بازدید به این شخص بدهیم. (We can give this person today's chart notes at the time of the visit.) |
| <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.) | <input type="checkbox"/> میتوانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارایه کنیم. (We can give this person all of your test results.) |

من نمیخواهم هیچ چیزی با هیچ کس گفته یا به اشتراک گذاشته شود.

با امضای این فرم افشا/عدم افشا، من اجازه می دهم که معلومات صحی مرا مطابق تغییراتی که در بالا مشخص کرده ام، به اشتراک بگذارند. این اجازه نامه هرگونه اجازه قبلی که من برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحی محافظت شده خود داده بودم، لغو می کند و تنها برای معلومات و افرادی که در این فرم ذکر شده اند، اعمال می شود. این اجازه برای به اشتراک گذاشتن معلومات صحی خصوصی شما، یک سال پس از تاریخ امضای این فرم افشا/عدم افشا یا در صورت وقوع (رویداد خاتمه دهنده را توضیح دهید) منقضی خواهد شد:

| | |
|--|---|
| نام و نام خانوادگی مریض را بنویسید Print First and Last Name of Patient | رابطه با بیمار (مثلاً، خود، والدین، سرپرست) Relationship with patient (e.g., self, parent, guardian) |
| امضا بیمار / سرپرست قانونی | تاریخ Date |
| Patient/ Guardian Signature | Date |

| Office Use Only | |
|-----------------|-----------------|
| Updated By: | Effective Date: |