

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

Communication Preferences: Type of communication you prefer and what we can share (data rates may apply)

ترجیحات ارتباطی: نوع ارتباطی که ترجیح می دهید و معلوماتی که می توانیم با شما شریک سازیم (ممکن است هزینه پیام یا مصرف اینترنت تطبیق شود)

پورتال مریض	ایمیل	پیام کتبی	تلفون	مکتوب	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	To Do/وظایف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اخبار و اطلاعیه ها/ News and Announcements
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پرسش نامه ها / Questionnaires
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدیریت حساب / Account Management
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خدمات صحی از راه دور / Telehealth
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نوبت ها / قرار ملاقات ها / Appointments
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صورتحساب ها / مالی / Billing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صحت / Health
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیام ها / Messages
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر ارتباطات / Other Communication

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.)

<p>شخص شماره 2</p> <p>نام و تخلص (First and Last Name):</p> <p>قربابت (Relationship):</p> <p>مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/></p> <p>خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/></p> <p>همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>دیگر: <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>می توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)</p> <p>یا (OR)</p> <p>می توانیم نوت های 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.)</p> <p>می توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم.</p>	<p>شخص شماره 1</p> <p>نام و تخلص (First and Last Name):</p> <p>قربابت (Relationship):</p> <p>مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/></p> <p>خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/></p> <p>همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>دیگر: <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>می توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)</p> <p>یا (OR)</p> <p>می توانیم نوت های 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.)</p> <p>می توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم.</p>
<p>شخص شماره 4</p> <p>نام و تخلص (First and Last Name):</p> <p>قربابت (Relationship):</p> <p>مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/></p> <p>خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/></p> <p>همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>دیگر: <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>می توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)</p> <p>یا (OR)</p> <p>می توانیم نوت های 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.)</p> <p>می توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم.</p>	<p>شخص شماره 3</p> <p>نام و تخلص (First and Last Name):</p> <p>قربابت (Relationship):</p> <p>مادر / Mother <input type="checkbox"/> پدر / Father <input type="checkbox"/> دختر / Daughter <input type="checkbox"/> پسر / Son <input type="checkbox"/></p> <p>خواهر / Sister <input type="checkbox"/> برادر / Brother <input type="checkbox"/> عمه / Aunt <input type="checkbox"/> عمو / Uncle <input type="checkbox"/></p> <p>همسر (شوهر) / Husband <input type="checkbox"/> همسر (زن) / Wife <input type="checkbox"/> شریک / Partner <input type="checkbox"/></p> <p>دیگر: <input type="checkbox"/> سرپرست قانونی / Guardian <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>می توانیم همه معلومات طبی شما را به این شخص بگوییم. (We can tell this person any and all of your medical information.)</p> <p>یا (OR)</p> <p>می توانیم نوت های 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.)</p> <p>می توانیم تمام نتایج آزمایش شما را به این شخص ارائه کنیم.</p>

من نمی خواهم هیچ چیزی یا هیچ کس گفته یا به اشتراک گذاشته شود.

با امضای این فورم افشا/عدم افشا، من به مرکز صحی الیکا اجازه می دهم که معلومات صحی مرا مطابق تغییراتی که در بالا مشخص کرده ام، به روزرسانی و شریک سازد. این اجازه نامه جایگزین هرگونه اجازه نامه قبلی می شود که من برای شریک ساختن معلومات صحی محافظت شده خود ارائه کرده بودم و فقط برای معلومات و اشخاصی که در این فورم ذکر شده اند، قابل اجرا می باشد. این اجازه نامه برای شریک ساختن معلومات صحی خصوصی شما، یک سال پس از تاریخ امضای این فورم افشا/عدم افشا یا در صورت وقوع رویداد ختم کننده زیر (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 Patient / Guardian Signature	تاریخ Date

OFFICE USE ONLY (فقط برای استفاده دفتر)

Effective Date: _____ Updated By: _____