



CEDARS-SINAI®

مرکز پزشکی سیدرز – سینای

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

اجازه برای استفاده یا در میان گذاشتن اطلاعات بهداشتی

تصور در ارائه اطلاعات می تواند این اجازه نامه را از اعتبار بپندازد

- کپی های سابقه پزشکی
- روی کاغذ
- به صورت الکترونیک
- نوع دیگر
- بررسی و یا مرور سابقه پزشکی

نام بیمار: _____ شماره سابقه پزشکی: _____ (نام خانوادگی) (نام) تاریخ تولد: _____ شماره تلفن: _____ آدرس: _____ شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____		اطلاعات بیمار	
برای موارد زیر: ادامه مراقبت بیمه امور قانونی استفاده شخصی دیگری	منظور	من به سیدرز-سینای اجازه می دهم سوابق پزشکی را در اختیار شخص یا سازمان زیر قرار دهم: <input type="checkbox"/> دادن اطلاعات به: <input type="checkbox"/> درخواست از: شخص / سازمان: آدرس: شهر / ایالت / کد پستی: تلفن: فکس:	دادن اطلاعات به درخواست از
بر مبنای قسمت های 1560-1567 قانون مدرک کالیفرنیا، دریافت کپی های سابقه پزشکی می تواند هزینه ای در بر داشته باشد.	ر.ب.ر	تاریخ های درمان: تمامی سوابق خلاصه مرخص کردن گزارش جراحی گزارش آزمایشگاه گزارش پاتولوژی گزارش مشاوره دیگری (لطفاً مشخص کنید) سابقه معالجات سرپایی / کلینیک - نام کلینیک / ارائه دهنده خدمات: قوانین ایالتی / فدرال مقرر می دارد مقامات بخصوصی انواع اطلاعات زیر را به دیگران ارائه کنند. نتایج آزمایش HIV بهداشت روانی اعتیاد به الکل / مواد مخدر برای یادداشت های روان درمانی یک اجازه نامه جداگانه مورد نیاز است.	اطلاعاتی که در مابین گذاشته می شود

Health Information Management Department
 8700 Beverly Blvd., Room 2901, Los Angeles, CA 90048
 ایمیل: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org
 فکس: 310-423-0113 • تلفن: 310-423-2259

<p>□ سوابق را مستقیماً برای شخص یا سازمان مشخص شده پست کنید</p> <p>□ هنگامی که سوابق برای تحویل گرفتن آماده است با درخواست کننده تماس بگیرید</p> <p>من به _____ اجازه می دهم کپی های سابقه پزشکی مرا دریافت کند.</p> <p>نسبت با بیمار: _____</p> <p>□ لینک CS من (دسترسی اینترنتی بیمار)</p> <p>□ ایمیل: _____</p> <p>□ دیگری: _____</p>	<p>راهنمایی های تحویل</p>
--	---------------------------

<p>من درك مي كنم كه:</p> <p>1. اگر از امضای این اجازه نامه خودداری کنم، امتناع من بر توانایی ام برای دریافت معالجه تأثیر نخواهد گذاشت.</p> <p>2. من می توانم آن اطلاعات بهداشتی که از من خواسته می شود اجازه استفاده یا در میان گذاشتن آن را بدهم بررسی کنم یا یک کپی آن را دریافت کنم.</p> <p>3. من می توانم در هر زمان به صورت کتبی این اجازه لغو نمایم. <u>نامه مربوط به لغو اجازه باید توسط من یا از طرف من امضا شده و به آدرس زیر تحویل گردد.</u></p> <p>Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department, 8700 Beverly Blvd, Room 2901, Los Angeles, CA 90048</p> <p>4. اگر این اجازه را لغو نمایم، این لغو هیچگونه اثری بر هیچ اقدامی که قبل از دریافت تقاضای لغو انجام شده خواهد داشت.</p> <p>5. من حق دارم یک کپی این اجازه نامه را دریافت کنم.</p> <p>6. اطلاعات در میان گذاشته شده، بر اساس این اجازه نامه می تواند توسط گیرنده دوباره در میان گذاشته شود و ممکن است دیگر تحت حفاظت قانون فدرال موارد خصوصی و محرمانه (HIPAA) نباشد. گرچه قانون کالیفرنیا شخص دریافت کننده اطلاعات بهداشتی مرا از در میان گذاشتن بیشتر آن منع می کند مگر آنکه برای این در میان گذاشتن اجازه دیگری از من کسب شده باشد یا آنکه این در مابین گذاشتن مشخصاً توسط قانون مقرر شده یا مجاز شمرده شده باشد.</p> <p>7. اگر اینجا □ علامت گذاشته شود، درخواست کننده برای استفاده یا افشای اطلاعات من مبلغی را به عنوان دستمزد دریافت خواهد کرد.</p>	<p>اطلاعات در مورد حقوق</p>
<p>بدون لغو کتبی من، این اجازه نامه پس از برآورد نیاز مربوط به در میان گذاشتن اطلاعات بطور اتوماتیک منقضی خواهد شد، اما در هر صورت این اجازه 180 روز پس از تاریخی که در اینجا ذکر شده است، لغو می گردد، مگر آنکه به صورت دیگری مشخص شده باشد:</p> <p>_____</p>	<p>انقضاء</p>
<p>امضاء: _____ (بیمار، شخصی که برای تصمیم گیری های پزشکی وکالت دارد یا نماینده قانونی او)</p> <p>تاریخ: _____</p> <p>نسبت نماینده قانونی با بیمار: _____</p> <p>_____</p>	<p>امضاء</p>

Health Information Management Department

ایمیل: GroupHIDInternetInquiries@cshs.org

فکس: 310-423-0113 • تلفن: 310-423-2259