



مجوز برای انتشار اطلاعات مصرف کننده

اطلاعات مصرف کننده			
نام خانوادگی	نام	نام میانی	تاریخ تولد
آدرس	شهر/ایالت/کد پستی		شماره UCI

شخص/سازمان ارائه دهنده اطلاعات

☐ بخش خدمات توسعه ای

☐ Porterville Developmental Center

☐ Canyon Springs Developmental Center

☐ STAR home: _____

(مکان خانه STAR)

☐ دیگر: _____

فرد/سازمان دریافت کننده اطلاعات

نام: _____

آدرس: _____

شهر/ایالت/کد پستی: _____

تلفن: _____

ایمیل: _____

☐ اطلاعات ممکن است بین طرف های ذکر شده در بالا ارسال و دریافت شود.

هنگامی که یک مجوز توسط DDS دریافت می شود، اطلاعات مصرف کننده/سلامت ممکن است برای اهداف ذکر شده در مجوز استفاده یا افشا شود.

☐ محدوده تاریخ رکوردهایی که قرار است منتشر شوند: _____ به _____

یا

☐ سوابق مجاز زیر را بدون توجه به تاریخ منتشر کنید.

اطلاعات محرمانه بیمار: رجوع کنید به کد رفاه و مؤسسات، بخش 4514 قانون حفظ حریم خصوصی
HIPAA CFR بخش 164.508



مجوز برای انتشار اطلاعات مصرف کننده

شرح اطلاعاتی که قرار است منتشر شود:

(کلیه سوابق جمع آوری، نگهداری، استفاده، افشا شده توسط DDS، سوابق سلامت روان هستند.)

☐ شناسه شخصی، تشخیص و/یا اطلاعات دموگرافیک

☐ طرح برنامه فردی (IPP)

☐ سوابق دارویی

☐ گزارش های آزمایشگاه بالینی

☐ معاینه فیزیکی/تاریخچه پزشکی

☐ سوابق درمان اختلال مصرف مواد (SUD).

☐ اطلاعات صورتحساب/ادعا/خرید خدمات

☐ اسناد حقوقی

☐ سایر موارد (لطفاً مشخص کنید):

این مجوز فقط یک بار اجازه افشای سوابق زیر. افشای بعدی خواهد شد نیاز به یک مجوز دیگر.

سوابق ویژه محافظت شده	حروف اول مصرف کننده
☐ نتایج آزمایش HIV/AIDS	
☐ نتایج آزمایش ژنتیک	

هدف از انتشار اطلاعات

☐ به درخواست مصرف کننده (فقط در صورتی که مصرف کننده مجوز را آغاز کند)

☐ نمایندگی قانونی

☐ دیگر:

اطلاعات محرمانه بیمار: رجوع کنید به کد رفاه و مؤسسات، بخش 4514 قانون حفظ حریم خصوصی
HIPAA CFR بخش 164.508



مجوز برای انتشار اطلاعات مصرف کننده

هدف از انتشار اطلاعات

می فهمم:

من اجازه انتشار (موافق به اشتراک گذاری) اطلاعات سلامت شخصی خود را می دهم. هنگامی که اطلاعات به/از یک بخش خدمات توسعه ارسال می شود، شخص/سازمان دیگر متوجه می شود که من خدمات توسعه ای دریافت کرده ام.

من داوطلبانه این مجوز را امضا می کنم (با انتخاب خودم-بدون اجبار)، و اگر این مجوز را امضا نکنم، درمان، پرداخت، ثبت نام یا واجد شرایط بودن من تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت.

اطلاعات منتشر شده ممکن است مجدداً با دیگران به اشتراک گذاشته شود و در صورت فاش شدن برای افراد دیگری غیر از یک نهاد تحت پوشش دیگر محافظت نمی شود.

ممکن است هزینه های معقولی از شخص درخواست کننده اطلاعات به منظور پوشش هزینه کپی و هزینه پست دریافت شود.

من حق دریافت یک کپی از این مجوز را دارم.

حق تغییر یا لغو: قبل از انتشار هر گونه اطلاعات، من این حق را دارم که این مجوز را اصلاح یا لغو کنم (نظرم را تغییر دهم و اجازه انتشار اطلاعات را ندهم)، مگر اینکه:

1. DDS قبلاً سوابق را با تکیه بر مجوز ارائه کرده است.
یا

2. این مجوز به عنوان شرط دریافت پوشش بیمه ای به دست آمده است، قوانین دیگر به بیمه گر حق اعتراض به ادعای بیمه نامه یا خود بیمه نامه را می دهد.

اطلاعات محرمانه بیمار: رجوع کنید به کد رفاه و مؤسسات، بخش 4514 قانون حفظ حریم خصوصی
HIPAA CFR بخش 164.508



مجوز برای انتشار اطلاعات مصرف کننده

برای تغییر یا لغو، یک درخواست کتبی به آدرس زیر ارسال می کنم:

بخش خدمات توسعه ای ☐

Porterville Developmental Center ☐

Canyon Springs Developmental Center ☐

STAR home: _____ ☐

(مکان خانه STAR)

دیگر: همانطور که در بالا به عنوان "شخص / نهاد ارائه دهنده اطلاعات" شناسایی شده است. ☐

در صورت لغو نشدن، این مجوز در پایان تاریخ منقضی می شود:

تاریخ (مشخص کنید): _____ ☐

6 ماه ☐

یک سال ☐

رویداد (مشخص کنید): _____ ☐

تاریخ	امضای مشتری یا ☐ نماینده شخصی
	نام چاپ یا پرینت شده
	☐ این فرد یک مصرف کننده فعلی است، من این مجوز را قبل از امضای فرم با مصرف کننده بررسی کرده ام.
	☐ من صلاحیت نماینده شخصی را برای امضاء از طرف مصرف کننده تأیید کرده ام.
تاریخ	امضای کارمند
	نام چاپ یا پرینت شده

اطلاعات محرمانه بیمار: رجوع کنید به کد رفاه و مؤسسات، بخش 4514 قانون حفظ حریم خصوصی
HIPAA CFR بخش 164.508