

نحوه تکمیل فورمه مجوز سوابق طبی

◆ اطلاعات بیمار

- نام و تخلص بیمار، حرف اول نام میانی (در صورت وجود)، تاریخ تولد، چهار رقم آخر شماره تامین اجتماعی، آدرس کامل، شماره تلفون شامل کد منطقه و آدرس ایمیل بیمار (اختیاری) را وارد کنید.

◆ چگونه می‌خواهید سوابق خود را دریافت کنید؟

- به ما بگویید چگونه می‌خواهید سوابق خود را دریافت کنید. **فقط یک گزینه از لیست را علامه بزنید.**
- اگر ایمیل را انتخاب کنید، ما برای محافظت از حریم خصوصی شما، سوابق را به صورت رمزگذاری شده ارسال می‌کنیم، مگر اینکه چیز دیگری به ما بگویید.

◆ دلیل درخواست سوابق چیست؟

- دلیل مناسب برای درخواست سوابق را انتخاب کنید. **فقط یکی را علامه بزنید.**

◆ به چه کسی اجازه می‌دهید سوابق شما را منتشر کند؟

- نام کامل ارائه‌دهنده مراقبت‌های صحی، آدرس، شماره تلفون شامل کد منطقه و شماره فکس شامل کد منطقه را وارد کنید.

◆ می‌خواهید سوابق به کجا ارسال شوند؟

- اگر می‌خواهید سوابق فقط برای بیمار ارسال شود، کادر را علامه بزنید. می‌توانید به بخش بعدی بروید.
- اگر سوابق برای شخص دیگری غیر از بیمار ارسال می‌شود، نام کامل، آدرس، شماره تلفون، شماره فکس و آدرس ایمیل گیرنده را وارد کنید.

◆ خوش دارید چه اطلاعاتی منتشر شود؟ (همه مواردی که مرتبط می‌دانید، علامه بزنید)

- به ما بگویید در کدام محدوده تاریخی مراقبت را دریافت کرده‌اید و اینکه می‌خواهید کدام سوابق منتشر شود.
- کادری را که نوع سوابق درخواستی شما را بهتر توصیف می‌کند، علامه بزنید.
- **لطفاً توجه داشته باشید:** خلاصه سوابق طبی شامل تمام اطلاعات مربوط به H&P (تاریخچه و معاینه فیزیکی)، گزارش‌های عملیات، مشوره‌ها، گزارش‌های آزمایش و خلاصه رخصتی می‌باشد.
- **سایر:** لطفاً با توضیح درباره سوابق خاص مورد درخواست‌تان، به ما کمک کنید تا کاملتر به شما پاسخ دهیم.
- (مثال: مربوط به یک بیماری یا عملیات، تست‌های لابراتواری خاص و غیره).
- **سوابق مطب/کلینیک:** فقط در صورتی انتخاب کنید که سوابق ملاقات با داکتر در مطب/کلینیک را می‌خواهید. لطفاً برای تسریع درخواست‌تان، نام ارائه‌دهنده خود را به ما بدهید.

◆ انتشار سوابق ویژه حفاظت‌شده.

- با امضای این نسخه، شما اجازه انتشار انواع خاصی از سوابق را می‌دهید که به طور جداگانه توسط قانون محافظت می‌شوند (در صورت اعمال). سوابق ممکن است شامل اطلاعات مربوط به بیماری‌های مقاربتی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) یا ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) باشد. همچنین ممکن است شامل اطلاعات مربوط به تشخیص یا تداوی سوء مصرف مواد مخدر و/یا الکل، تداوی و/یا مشوره برای صحت روان یا اختلالات روانپزشکی و اطلاعات ژنتیکی باشد.

- ◆ اعلان در مورد سوابق زایمان مادر
 - اگر در Owensboro Health زایمان کنید، بخشی از سوابق طبی شما در دوسیه طبی نوزاد لحاظ می‌شود.
- ◆ تاریخ انقضا.
 - این مجوز بلافاصله لازم الاجرا بوده و به مدت 120 روز از تاریخ امضا لازم الاجرا خواهد ماند.
- ◆ افشای مجدد.
 - اطلاعات استفاده شده و/یا افشاشده طبق این مجوز ممکن است دیگر توسط قانون حریم خصوصی فدرال (که به عنوان HIPAA نیز شناخته می‌شود) محافظت نشود.
- ◆ حقوق شما بر اساس قانون.
 - این بخش فقط اطلاعاتی است. این حقوق شما را تحت قوانین حریم خصوصی ایالتی و فدرال توضیح می‌دهد.
- ◆ نماینده قانونی.
 - اگر شما نماینده قانونی بیمار هستید، ممکن است از شما خواسته شود مدارک بیشتری ارائه دهید تا ثابت کند شما نماینده قانونی بیمار یا خود بیمار هستید.
- ◆ امضا و تاریخ.
 - امضا شما و درج تاریخ برای معتبر بودن مجوز لازم است. اگر مجوز را از طرف بیمار تکمیل می‌کنید، لطفاً نام و رابطه خود را با بیمار نوشته کنید.
- ◆ درخواست خود را به کجا ارسال می‌کنید.

OHTLMC

910 Wallace Ave.
Leitchfield, KY 42754
توجه: مدیریت اطلاعات صحی
تلفون: 270-259-9517
فکس: 270-259-9589

OHMCH

440 Hopkinsville Street
Greenville, KY 42345
توجه: مدیریت اطلاعات صحی
تلفون: 270-338-8378
فکس: 270-338-8516

OHRH

PO Box 20007
Owensboro, KY 42304-0007
توجه: مدیریت اطلاعات صحی
تلفون: 270-417-6800
فکس: 270-417-6809

ایمیل: himroi@owensborohealth.org

اگر برای تکمیل فورمه مجوز نیاز به کمک بیشتری دارید، با شماره 417-6800 (270) تماس بگیرید.