

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION / د صحي معلوماتو د کارولو او افشا کولو اجازه لیک
Patient Information / د ناروغ معلومات

د ناروغ نوم: _____ د زیږون نېټه: _____ د ټولني وروستي څلور عددونه: _____
 ادرس: _____ ښار: _____ ایالت: _____ زپ کوډ: _____
 تلیفون: _____ ایمپل: _____

د ترلاسه کولو طریقه/د رسنیو ډول (مهرباني وکړئ یواځې یو چیک کړئ)

د MyChart ناروغ پورټل CD (په شخصي توګه د ناروغ/د بل چا لخوا اخیستل شوی) (کوډ شوی) CD (د میل له لارې) (کوډ شوی)
 فاکس USB فلش ډاریو (په شخصي توګه د ناروغ/د بل چا لخوا اخیستل شوی) (کوډ شوی) کاغذي نقل (د میل له لارې) (کوډ شوی)
 کاغذي نقل (په شخصي توګه د ناروغ/د بل چا لخوا اخیستل شوی) کاغذي نقل (د میل له لارې) ایمپل (کوډ شوی)
 ایمپل (کوډ شوی ندي) (بادبنت: که تاسو غواړئ چې مور د ایمپل له لارې هغه معلومات ولیږو چې کوډ شوي ندي، دا د دې خطر زیاتوي چې معلومات ممکن د غیر رسمي دریمې ډلې لخوا ولوستل شي.)

Reason or Purpose for the use and/or disclosure of the information / د معلوماتو د کارولو او/یا افشا کولو دلیل یا هدف

دوامداره پاملرنه قانونی بیمه معلولیت کاري شرکت.
 شخصي دلایل نور: _____

د معلوماتو خپرول له:

(د روغتون ډاکټر، د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي نوم)

ادرس _____ ښار _____ ایالت _____ زپ کوډ _____
 تلیفون _____ فاکس _____

Release/Send my health information to: Check this box if same as patient listed above. OR

زما د روغتیا معلومات خپاره کړئ/راولپړئ: دا بکس چیک کړئ که چیرې د پورته لیست شوي ناروغ سره ورته وي. یا

(د روغتون ډاکټر، د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي نوم)

ادرس _____ ښار _____ ایالت _____ زپ کوډ _____
 تلیفون _____ فاکس _____ د ایمپل ادرس _____

Information to be released / هغه معلومات چې باید خپاره شي

هغه معلومات چې باید د لاندې ورکړل شوي نېټې حدودو کې خپاره شي _____ تر _____
 د روغتون ریکارډونه (مهرباني وکړئ هغه ریکارډونه چیک کړئ چې تاسو یې غواړئ چې خپاره شي)
 د طبي ریکارډونو لنډیز (د بیلګې په توګه مخینه او فزیکي (H&P)، عملیاتي راپورونه، مشورې، د ازموینې راپورونه، د روغتون څخه د رخصتې لنډیز)
 د روغتون څخه د رخصتې لنډیز مخینه او فزیکي د د واکسین کولو ریکارډ د بیرنۍ څانګې راپورونه
 د عملیاتي/پروسي راپورونه د رنځپوهنې راپور (راپورونه) د X-Ray راپور (راپورونه) د لابراتوار راپور (راپورونه)
 د فزیکي/حرفوي درملنې راپورونه د بل ادایښه
 نور: (وضاحت وکړئ) _____
 د دفتر/کلینیک ریکارډونه (د وړاندې کوونکي نوم مشخص کړئ): _____
 د دفتر بل ادایښه

Release of Special Protected Records / د ځانگړو خوندي ریکارډونو خپرول

زه پوهیږم چې زما د روغتیا ریکارډ کې ممکن د جنسي لیردونکي ناروغیو، د معافیت ترلاسه شوي سندروم (AIDS) یا د انسان د بدن د معافیت ویروس (HIV) پورې اړوند معلومات شامل وي. پدې کې ممکن د مخدره توکو او / یا د الکولو څخه ناوره گټه اخیستنې، درملنې او / یا د رواني روغتیا یا رواني اختلالاتو او جنیټیک معلوماتو لپاره د مشورې یا درملنې په اړه معلومات هم شامل وي.

Notice Regarding Delivery Mother's Record / د زیږون ترسره کوونکي مور ریکارډ

زه پوهیږم که چېرې زه په Owensboro Health کې زیږون وکړم نو زما د طبي ریکارډونو یوه برخه به د نوي زیږیدلي ماشوم د طبي ریکارډ برخه وگرځي.

Expiration / د پای نیټه

دا اجازه لیک به سمدا لاسه نافذ شي او د لاسلیک له نیټې څخه به د 120 ورځو لپاره نافذ پاتې شي.

Re-Disclosure / بیا افشا کول

زه پوهیږم چې د دې اجازې له مخې کارول شوي او / یا افشا شوي معلومات ممکن نور د فدرالي محرمیت قانون (کوم چې د HIPAA په نوم هم پیژندل کیږي) لخوا خوندي نشي او ستاسو د روغتیا معلوماتو ترلاسه کونکي ممکن دا بیا افشا کړي.

Your Rights / ستاسو حقوق

- زه پوهیږم چې د پورته پیژندل شوي معلوماتو افشا کولو اجازه لیک ورکول اختیاري دي. زه پوهیږم که چېرې زه د لاسلیک کولو څخه انکار وکړم نو زما انکار به زما د درملنې د ترلاسه کولو په وړتیا، په کوم روغتیايي پلان کې د نوم لیکنې، یا د تادیبي/کتو په وړتیا اغیزه ونکړي.
 - زه پوهیږم چې زه په هر وخت کې د دې اجازې د لغوه کولو حق لرم. زما لغوه کول باید په لیکلي توگه وي، زما لخوا یا زما په استازیتوب لاسلیک شوي وي، او لاندې ادارو ته وسپارل شي
- | | | |
|---|---|--|
| OHTLMC
910 Wallace Ave.
Leitchfield, KY 42754
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 270-259-9517 | OHMCH
440 Hopkinsville St.
Greenville, KY 42345
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 8378-338-270 | OHRH
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304-0007
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 6800-417-270 |
|---|---|--|
- زه پوهیږم چې زما لغوه کول به د رسیدلو سره سم مؤثر وي او په هغه معلوماتو باندې به پلي نشي چې دمخه د دې اجازې په ځواب کې خپاره شوي.
 - زه پوهیږم چې دا لغوه کول به زما د بیمې شرکت باندې پلي نشي چېرې چې قانون زما د بیمې چمتو کونکي ته زما د تگلارې لاندې د یوې ادعا کولو حق ورکوي.
 - زه حق لرم چې د دې اجازه لیک یوه کاپي ترلاسه کړم (دا اړینه ده که چېرې د چمتو کونکي څخه د روغتیا معلوماتو کارولو یا افشا کولو لپاره د اجازې غوښتنه وشي).

Legally Authorized Representative / په قانوني ډول مجاز استازی

- که چېرې تاسو د یو بالغ ناروغ د ریکارډ غوښتنه کوئ نو دا لاندې به پلي شي:
- 1) د څارنوالۍ واک: باید د څارنوالۍ واک (POA) سند یوه کاپي وړاندې کړي.
 - 2) د بالغ مړ شوي ناروغ د املاکو اجرا کوونکي یا مدیر. باید د املاکو د اجرا کونکي یا مدیر په توگه د وړتیا یا د تقرر د امر یوه کاپي وړاندې کړي چې د قاضي لخوا لاسلیک شوی وي.
 - که چېرې املاک شتون ونه لري نو د محکمې اسناد چې د شخصي استازي د ټاکلو یادونه کوي باید چمتو شي.
 - 3) قانوني سرپرست: قانوني سرپرست باید د قاضي لخوا لاسلیک شوی د سرپرستی ورکولو اړوند د تقرر امر وړاندې کړي.
- که تاسو د کوچني ناروغ د ریکارډونو غوښتنه کوئ نو لاندې به پلي شي:
- 1) گډ قانوني خوندیتوب/ساتنه: مور او پلار باید د خوندیتوب/ساتني اسناد چمتو کړي.
 - 2) قانوني سرپرست: قانوني سرپرست باید د قاضي لخوا لاسلیک شوی د سرپرستی ورکولو اړوند د تقرر امر وړاندې کړي.

Signature (As required by law) / لاسلیک (لکه څنګه چې د قانون له مخې اړتیا ده)

ما دا معلومات لوستلي دي او ورباندې پوهیدلي يم. زه ناروغ يم یا اجازه لیک لرم چې د ناروغ په استازیتوب د کار کولو اختیار لرم چې دا سند لاسلیک کړم کوم چې د پورته ذکر شوي شرایطو لاندې د روغتیا اړوند د خوندي معلوماتو د کارولو یا افشا کولو لپاره د اجازې ورکولو تصدیق کوي.

لاسلیک: _____ نیټه: _____ وخت: _____
 (ناروغ/قانوني استازی)
 که د قانوني استازي لخوا لاسلیک شوی وي نو نوم او د ناروغ سره قرابت ولیکئ.
 نوم: _____ قرابت: _____