

د طبي ریکارډ د اجازې ورکولو فورمې ډکولو څرنگوالی

◆ د ناروغ معلومات

- د ناروغ لومړی او وروستی نوم، منځني ابتدایي توری (که شتون ولري)، د زیږون نېټه، د ټولنیز امنیت شمیرې وروستي څلور عددونه، بشپړ ادرس، د ساحې کود پشمول د تلیفون شمیره، او د ناروغ د ایمېل ادرس (اختیاري دی) دننه کړئ.

◆ تاسو څرنگه غواړئ خپل ریکارډونه ترلاسه کړئ؟

- مور ته ووايست چې تاسو څنگه غواړئ خپل ریکارډونه ترلاسه کړئ. **د لیست څخه یواځې یو اختیار چیک کړئ.**
- که تاسو ایمېل غوره کړئ نو مور به ستاسو د محرمیت ساتلو لپاره کود شوي ریکارډونه واستو ترڅو چې تاسو یې په بل ډول ونه غواړئ.

◆ د ریکارډونو د غوښتنو دلیل څه دی؟

- د ریکارډونو غوښتنه کولو لپاره مناسب دلیل غوره کړئ. **یواځې یو چیک کړئ.**

◆ تاسو چا ته اجازه لیک ورکوی چې ستاسو ریکارډونه خپاره کړي؟

- د روغتیا پاملرنه چمتو کونکي بشپړ نوم، ادرس، د ساحې کود پشمول د تلیفون شمیره، او د ساحې کود پشمول د فکس شمیره دننه کړئ.

◆ تاسو چیرته غواړئ چې ستاسو ریکارډونه واستول شي؟

- دا بکس چیک کړئ که تاسو غواړئ چې ریکارډونه یواځې ناروغ ته واستول شي. تاسو کولی شئ راتلونکی برخې ته لارښئ.

- که چیرې ریکارډونه د ناروغ پرته بل چا ته استول کیري نو د ترلاسه کونکي بشپړ نوم، ادرس، د تلیفون شمیره، د فکس شمیره او د ایمېل ادرس دننه کړئ.

◆ تاسو کوم معلومات خپرول غواړئ؟ (ټول هغه څه چیک کړئ چې پلي کیري)

- مور ته د هغه نېټې حد چې کله تاسو خپله پاملرنه ترلاسه کړه او د هغو ریکارډونو چې تاسو یې خپرول غواړئ په اړه ووايست.

- هغه بکس په نښه کړئ چې په غوره توګه د هغه ریکارډونو ډول تشریح کوي چې تاسو یې غوښتنه کوئ.

- **مهرباني وکړئ په یاد ولرئ:** د طبي ریکارډونو لنډیز ټول اړین معلومات لري چې پکې مخینه او فزیکي (H&P)، عملیاتي راپورونه، مشورې، د ازموینې راپورونه او د روغتون څخه د رخصتې لنډیز شامل دي.

- **نور:** مهرباني وکړئ هغه ځانګړي ریکارډونه تشریح کړئ چې تاسو یې غوښتنه کوئ ترڅو مور سره ستاسو غوښتنې ته په بشپړ ډول ځواب ویلو کې مرسته وکړي. (بیلګه: د یو حالت یا جراحي پورې اړوند د لابراتوار ځانګړي ازموینې او داسې نور).

- **د دفتر / کلینیک ریکارډونه:** یواځې هغه وخت یې وټاکئ که چیرې تاسو د ډاکټر د دفتر/کلینیک لیدني پورې اړوند ریکارډونه غواړئ. مهرباني وکړئ مور ته د خپل چمتو کونکي نوم راکړئ ترڅو ستاسو غوښتنه ګرځېدې کړو.

◆ د ځانګړو خوندي ریکارډونو خپرول.

- د دې سند په لاسلیک کولو سره تاسو اجازه لیک ورکوی چې هغه ځانګړي ډول ریکارډونه خپاره شي کوم چې د قانون لخوا په جلا توګه خوندي شوي (که هغه د تطبیق وړ وي). په ریکارډونو 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 د ناوړه ګټه اخیستنې، د رواني روغتیا یا رواني اختلالاتو او جنیټیک معلوماتو لپاره د درملنې او/یا مشورې په اړه معلومات هم شامل وي.

- ◆ د زیږون ترسره کونکي مور د ریکارډ په اړه خبرتیا
 - که چیرې تاسو په Owensboro Health کې زیږون وکړئ نو ستاسو د طبي ریکارډونو یوه برخه به د نوي زیږیدلي ماشوم د طبي ریکارډ برخه وگرځي.
- ◆ د پای نیټه.
 - دا اجازه لیک به سمدلاسه نافذ شي او د لاسلیک له نیټې څخه به د 120 ورځو لپاره نافذ وي.
- ◆ بیا افشا کول.
 - 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.
- ◆ د قانون له مخې ستاسو حقوق.
 - دا برخه یواځې معلوماتي ده. دا د دولت او فدرالي محرمیت قوانینو له مخې ستاسو حقوق تشریح کوي.
- ◆ په قانوني توګه مجاز استازی.
 - که چیرې تاسو د ناروغ په قانوني توګه مجاز استازی یاست نو له تاسو څخه به د هغو اضافي اسنادو چمتو کولو غوښتنه وشي کوم چې دا څرګندوي چې تاسو ناروغ یا د ناروغ قانوني مجاز استازی یاست.
- ◆ لاسلیک او نیټه.
 - ترڅو اجازه لیک اعتبار ولري ستاسو لاسلیک او نیټه اړین دي. که تاسو د ناروغ په استازیتوب اجازه لیک بشپړوئ نو مهرباني وکړئ خپل نوم او د ناروغ سره خپل قرابت په واضح ډول ولیکئ.
- ◆ ستاسو غوښتنه باید چیرته ولیږل شي.

OHTLMC
910 Wallace Ave
Leitchfield, KY 42754
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 270-259-9517
فکس: 270-259-9589

OHMCH
440 Hopkinsville Street
Greenville, KY 42345
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 270-338-8378
فکس: 270-338-8516

OHRH
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304-0007
پاملرنه: Health Information Mgmt.
تلیفون: 270-417-6800
فکس: 270-417-6809

ایمپل: himroi@owensborohealth.org

که تاسو د اجازه لیک فورمي ډکولو لپاره اضافي مرستې ته اړتیا لرئ نو 417-6800 (270) ته زنگ ووهئ.