



1ROI

\* تکمیل کلیه قسمت های ستاره دار الزامی است.

\* نام بیمار \_\_\_\_\_ شماره سوابق پزشکی \_\_\_\_\_  
 شماره موشال سکيوريتي (اختياري) \_\_\_\_\_ \* تاريخ تولد بیمار \_\_\_\_\_  
 مرکز \_\_\_\_\_ \* شماره تلفن تماس \_\_\_\_\_  
 تاريخ ارائه خدمات \_\_\_\_\_  
 آدرس بیمار \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_  
 ايالت \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ادرس \_\_\_\_\_  
 \* بدنيوسيله به Inova Health System اجازه ارسال يا ارائه اطلاعات زير را به اين شخص يا نهاد می دهم:  
 شماره تلفن (اگر سوابق با فکس ارسال می شوند به آن نیاز خواهد بود) \_\_\_\_\_ شماره فکس \_\_\_\_\_  
 نام شخص يا نهاد دریافت کننده اطلاعات \_\_\_\_\_  
 کد پستی \_\_\_\_\_ ايالت \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ادرس \_\_\_\_\_  
 سایر  پزشک  سایر

\* اطلاعاتی که ارسال/ارائه خواهند شد:

اطلاعات مربوط به صورتحساب   
 سوابق کامل پزشکی   
 تاريخ پذيرش/درمان درخواستی: \_\_\_\_\_  
 سایر

خلاصه های سوابق پزشکی:  
 مشاوره   
 خلاصه ترخيص   
 نوار قلب (EKG)/نوار مغز (EEG)   
 سوابق بخش اورژانس   
 برگه رویی

سایر سوابق:  
 دستورالعمل پزشکی   
 برنامه مراقبت ها   
 یادداشت های پیشرفت وضعیت   
 یادداشت پذیرش روانپزشکی   
 ارزیابی روانپزشکی   
 فیلم ها/سی دی رادیولوژی   
 سایر

گزارشات آزمایشگاهی   
 گزارش عمل ها   
 گزارش آسیب شناسی   
 گزارشات رادیولوژی   
 تاریخچه و وضعیت جسمانی

* مقصود:	* نحوه ارائه سوابق:	* هزینه ها:
<input type="checkbox"/> پیگیری پزشکی <input type="checkbox"/> وکیل <input type="checkbox"/> استفاده شخصی <input type="checkbox"/> از کارآفادگی <input type="checkbox"/> بیمه <input type="checkbox"/> سایر _____	<input type="checkbox"/> لطفاً سوابق را پست کنید <input type="checkbox"/> مایلم سوابق را ملاحظه کنم (برای بازبینی باید وقت بگیرید) <input type="checkbox"/> به شماره فوق فکس گردد <input type="checkbox"/> سوابق را تحویل خواهم گرفت	1 تا 50 صفحه: \$0.50 به ازای هر صفحه 51 صفحه و بیشتر: \$0.25 به ازای هر صفحه میکروفیلم/میکروفیش: \$1.00 به ازای هر صفحه سی دی یا درایوهای حافظه: \$5.00 هزینه اضافی تصاویر رادیولوژی روی سی دی: \$10.00 به ازای هر سی دی در صورت نیاز اضافه می گردد پست: _____

می دانم و آگاهم که اگر شخص یا نهاد دریافت کننده اطلاعات من یک ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی یا یک برنامه بهداشتی و درمانی تحت پوشش مقررات حفظ حریم خصوصی HIPAA نباشد، اطلاعات شرح داده شده فوق ممکن است مجدداً به دیگران ارائه گردیده و دیگر به واسطه این مقررات تحت محافظت نخواهند بود.

می دانم و آگاهم که برای لغو این اجازه نامه نیاز به اعلام کتبی است و می توان آنرا خطاب به سازمان ذکر شده در بالای این فرم تهیه نمود.  
 می دانم که دستور پس گرفتن اجازه تأثیری بر اطلاعاتی که از قبل با توجه به این اجازه نامه ارائه شده اند ندارد.

می دانم و آگاهم که Inova Health system نمی باید درمان مرا مشروط به امضای این اجازه نامه نماید.

می دانم و آگاهم که موارد ارائه اطلاعات می تواند شامل اطلاعاتی درباره سوء مصرف مواد، الکلیسم، یا سوء مصرف الکل، بیماری های روانی یا ذهنی، سندروم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) یا ابتلا به HIV مطابق با قوانین فدرال (CFR 42 بخش 2) باشد.

\* امضای بیمار یا نماینده مجاز \_\_\_\_\_  
 (Signature of Patient or Authorized Representative)  
 \* نام بیمار یا نماینده مجاز با حروف واضح \_\_\_\_\_  
 (Print Name of Patient or Authorized Representative)  
 \* تاریخ/زمان (Date/Time) \_\_\_\_\_  
 (اعتبار اجازه بعد از گذشت شش ماه از تاریخ امضا به پایان می رسد)  
 \* نسبت با بیمار (Relationship to Patient) \_\_\_\_\_

PATIENT IDENTIFICATION

Inova Health System

اجازه نامه ارسال/ارائه  
 اطلاعات بهداشتی محافظت شده

Authorization to Release/Disclose  
 Protected Health Information - Farsi

