

## مجوز برای استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده

تاریخ تولد (ماه/روز/سال)

نام اول

نام خانوادگی

بدین وسیله اجازه می دهد

نام تسهیلات	آدرس خیابان	شهر	ایالت	کد پستی
-------------	-------------	-----	-------	---------

انتشار اطلاعات بهداشتی محافظت شده به:

اداره خدمات اجتماعی عمومی نام اداره (DPSS) منطقه

کد پستی

ایالت

شهر

نام خیابان

تاریخ انقضا: این مجوز تا تاریخ زیر معتبر است: / / 20

اطلاعاتی که افشا خواهد شد

 وضعیت روحی و روانی
  دیگر (لطفاً مشخص کنید)

من درک و موافقت می کنم که ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی من فرم ABP 1676-3 GRMH را کامل کرده و آن را به اداره خدمات اجتماعی عمومی DPSS باز می گرداند بطوری که DPSS بتواند واجد شرایط بودن من را برای دریافت مزایا تعیین کند؛ این شامل ارائه اطلاعات به DPSS در مورد هر گونه اختلال سلامت روان، تاریخ شروع وضعیت من، چه من بطور فعال به دنبال درمان هستم، مدت زمان انتظار از وضعیت من؛ آیا این می تواند شرکت من را در یک برنامه مربوط به آموزشی کار یا یک کار تحت تاثیر قرار دهد. من درک می کنم که اطلاعات بهداشتی به عنوان یک نتیجه از امضای من استفاده و یا فاش می شود این فرم مجوز ممکن است تحت تاثیر افشای دوباره شود و دیگر توسط قانون حفظ حریم اطلاعات خصوصی بهداشتی فدرال محافظت نشود.

حقوق شما با توجه به این مجوز:

حق دریافت یک نسخه از این مجوز - من درک می کنم که اگر این مجوز را امضاء کنم، یک نسخه از این فرم امضاء شده به من ارائه داده خواهد شد.

شرایط: من درک می کنم که ممکن است از امضای این مجوز خود داری کنم بدون تاثیر در توانایی من برای بدست آوردن درمان از پزشک خود، اما انجام این کار ممکن است به دریافت مزایای DPSS خود تاثیر بگذارد. من یک فرصت برای بررسی و درک مطالب این فرم مجوز را داشته ام. با امضای این مجوز، من تایید می کنم که آن خواسته های مرا با دقت منعکس می کند.

تاریخ

نام با حروف چاپی

امضای بیمار / نماینده حقوقی

تاریخ

رابطه با بیمار / نام با حروف چاپی

امضای شاهد

حق لغو این مجوز - من درک می کنم که در هر زمان حق لغو این مجوز را با گفتن به DPSS بطور کتبی را دارم. من ممکن است که از لغو مجوز در پایین این فرم استفاده کنم. ارسال یا پست ابطال به آدرس زیر:

--

من همچنین درک می کنم که ابطال در توانایی DPSS تاثیری نمی گذارد یا هر ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و یا به دلایل مربوط به اعتماد به قبل در این مجوز را فاش نمی کند.

لغو مجوز

تاریخ:

امضای بیمار / نماینده حقوقی:

اگر کسی دیگر غیر از بیمار امضا کرد، ارتباط و اقتدار به انجام این کار را ذکر کنید: