

اطلاعات متقاضی		
نام خانوادگی:	نام:	مخفف نام میانی:
شماره پرونده:	شماره بیمه تامین اجتماعی:	تاریخ تولد:

ما چگونه می توانیم به شما دسترسی پیدا کنیم؟			
شماره تلفن:	نشانی:	شهر/ایالت:	کد پستی:
اگر متقاضی نیستید:			
نام خود را با حروف بزرگ بنویسید:		نسبت خود را با مراجعه کننده اعلام کنید:	

چه کسی ممکن است اطلاعات را ارائه کند:		
نام شخص یا سازمان:		شماره تلفن:
نشانی	شهر/ایالت:	کد پستی:
هدف از درخواست:		

چه کسی ممکن است اطلاعات را ارائه کند:		
نام شخص یا سازمان:		شماره تلفن:
نشانی	شهر/ایالت:	کد پستی:

چه اطلاعاتی ممکن است در اختیار گذاشته شوند	
سوابق مصونیت	سوابق صورتحساب
نتایج آزمایشگاه	سابقه کامل
اطلاعات مربوط به دارو ها	اطلاعات مربوط به تشخیص
سوابق روانی	سوابق تریخیص
عکسها/فیلمها	اطلاعات درمان مواد مخدر/الکل
اطلاعات درمان/خدمات	نتایج آزمایش خون HIV/ایدز و
هر/همه رفرنس ها به آنها سایر: _____	

معنی مجوز شما

اطلاعات حساس: سوابق، ممکن است شامل اطلاعات مربوط به بیماری های قابل انتقال از طریق رابطه جنسی، سندروم ناکارایی نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، یا ویروس ناکارایی دستگاه دفاعی بدن (HIV) باشند. آنها همچنین ممکن است شامل اطلاعاتی درباره خدمات یا درمان سلامت رفتاری یا روانی برای سوء استفاده الکل یا مواد مخدر باشند.

حق فسخ کردن: شما حق دارید که این مجوز را هر لحظه فسخ کنید. اگر بخواهید این مجوز را فسخ کنید، آن را باید به صورت کتبی انجام دهید. فسخ شما، اطلاعاتی را که قبلاً منتشر شده اند شامل نمی شود.

زمان افشا: شما می توانید یک تاریخ آغاز و/یا پایان (یا برنامه) برای معتبر بودن مجوز ارائه کنید. این به معنی آن است که سوابق فقط بین تاریخ هایی که مشخص کرده اید، در اختیار گذاشته خواهند شد. این مجوز در تاریخ آغاز زیر، آغاز خواهد شد.

• اگر یک تاریخ آغاز تعیین نشود، این مجوز از تاریخ امضای آن معتبر خواهد بود. اعتبار این مجوز در تاریخ پایان زیر یا برنامه به پایان خواهد رسید:

• اگر تاریخ پایان یا برنامه تعیین نشود، اعتبار این مجوز، یک سال تقویمی پس از تاریخ امضای آن به پایان خواهد رسید.

افشای دوباره: اگر شما مجوز افشای اطلاعات محافظت شده سلامت را به یک نفر دیگر که قانوناً ملزم به رعایت رازداری نیست داده اید، این اطلاعات ممکن است دوباره افشا شوند و دیگر محافظت نخواهند شد.

حقوق دیگر:

1. اجازه دادن به افشای این اطلاعات، اختیاری است. شما می توانید از امضای این مجوز خودداری کنید. شما برای دریافت درمان، لازم نیست این فرم را امضاء کنید. با این حال، اگر این مجوز برای شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی مورد نیاز باشد، نام نویسی در مطالعه تحقیقاتی ممکن است رد شود.
2. بر اساس عنوان 45 از مقررات فدرال بخش 164.52، شما می توانید نسخه ای از اطلاعاتی را که استفاده یا افشا خواهند شد بازرسی کنید یا به دست آورید.
3. شما حق دارید نسخه ای از این مجوز را دریافت کنید. آیا مایلید نسخه ای از این مجوز را داشته باشید؟ بله خیر
4. برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق رازداری خود، اطلاعاتی فرایند رازداری را در وبسایت ما ببینید: www.cosdcompliance.org یا با مسئول رازداری با شماره 619-338-2808 یا با نشانی PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524 تماس بگیرید.

امضاء

امضاء:

تاریخ: