

اجازه نامه ارائه

اطلاعات بیمار

MH 5671 (بازنگری 08/04) صفحه 1 از 3

اطلاعات محرمانه بیمار

به بخش 5328 مقررات W&I و

مقررات فدرال (CFR) حفظ محرمانگی HIPAA بخش 164.508 مراجعه شود

دستورالعمل: از این فرم برای کسب اجازه لازم در مواردی استفاده شود که درخواستی برای اطلاعات بیمار دریافت شده است، به استثنای مواردی که درخواست دریافتی یک فتوکپی/ارونوشت این فرم بوده و یا محتوی تمام اطلاعات لازم می باشد. از بیمار و یا ولی/قیم/سرپرست وی امضا گرفته شود. اگر خود بیمار امضا می کند، "امضای شاهد" نیز لازم است. فهرست اطلاعاتی که بر اساس این اجازه ارائه می گردد در پشت این فرم نوشته شود.

بیمارستان درمان ها و یا پرداخت ها را مشروط بر صدور این اجازه نامه نخواهد ساخت. بیمار حق دارد که از امضا کردن این اجازه نامه خودداری کند. اگر اجازه نامه امضا نشود، اطلاعات ارائه نخواهد شد مگر آنکه قانوناً موظف به انجام این کار باشیم. بیمار می تواند با دادن درخواست قبلی، اطلاعات محافظت شده بهداشتی را که بر اساس این اجازه نامه به دیگران ارائه خواهد شد، بازبینی کرده و یا یک نسخه از آنها را دریافت کند.

نام بیمار _____ تاریخ تولد _____ | _____ | _____
 سال روز ماه

اینجانب، _____ و/یا _____ نام بیمار _____ نام ولی/قیم/سرپرست _____

بدین وسیله به _____ نام اداره/شخص/سازمان _____

آدرس (شهر، خیابان، ایالت و کدپستی) _____

اجازه می دهم که اطلاعات مندرج در صفحه 2 این فرم را به _____

ارائه دهد با علم به این مسئله که دادن اطلاعات مذکور به منزله تایید ارائه شدن خدمات سلامت روانی در گذشته/حال حاضر می باشد.

اجازه نامه ارائه

اطلاعات بیمار

MH 5671 (بازنگری 08/04) صفحه 2 از 3

اطلاعات محرمانه بیمار

به بخش 5328 مقررات W&I و

مقررات فدرال (CFR) حفظ محرمانگی HIPAA بخش 164.508 مراجعه شود

ارائه اطلاعات* به دلیل(های) زیر ضروری می باشد: (هر موردی که صحیح است را علامت بزنید)

ارزیابی برنامه ریزی/فرایند درمان سایر (لطفاً شرح دهید) _____
 و منحصرأ محدود به ارائه اطلاعاتی از نوع زیر خواهد بود (هر موردی که صحیح است را علامت بزنید):
 از (تاریخ لزوم) _____ تا (تاریخ لزوم) _____؛
 و یا هرگونه اطلاعات/سوابق مشخص شده، بدون توجه به تاریخ.

<input type="checkbox"/> کل سوابق	<input type="checkbox"/> اطلاعات جدایی (ایزوله سازی)/مهار شخص	<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشات روانشناسی/حرفه ای
<input type="checkbox"/> تشخیص	<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشات HIV	<input type="checkbox"/> تاریخ(های) جلسه(های) گروهی
<input type="checkbox"/> ارزیابی روانی	<input type="checkbox"/> سایر ارزیابی ها/سنجش ها (لطفاً شرح دهید)	_____
<input type="checkbox"/> خلاصه ترخیص	_____	_____
<input type="checkbox"/> تاریخچه اجتماعی	<input type="checkbox"/> سایر (لطفاً شرح دهید)	_____
<input type="checkbox"/> طرح درمانی فردی	_____	_____
<input type="checkbox"/> اطلاعات حقوقی	_____	_____
<input type="checkbox"/> ارزیابی های پزشکی، عصب شناختی، نتایج آزمایشات، مانند EEG، EKG و غیره	_____	_____

* اطلاعاتی که بر اساس این اجازه نامه ارائه می شوند در صورتی که طبق قانون مجاز و یا الزامی دانسته شود، ممکن است توسط گیرنده مجدداً به مراجع دیگر ارائه گردد. این اجازه نامه از تاریخ (سال/روز/ماه) _____ معتبر می باشد. فرد امضا کننده زیر می تواند کتباً این اجازه نامه را در هر زمانی باطل سازد، این شامل حال اقداماتی که قبل از آن انجام شده باشند نمی شود. اگر اجازه نامه باطل نگردد، اعتبار آن ظرف (یکی از موارد زیر را علامت بزنید) به اتمام خواهد رسید:

6 ماه یک سال یا تاریخی را قید کنید _____
 من می دانم که یک نسخه از این اجازه نامه را دریافت خواهم کرد.

تاریخ: _____ | _____ | _____
 سال | روز | ماه
 امضای بیمار _____

تاریخ: _____ | _____ | _____
 سال | روز | ماه
 ولی/قیم/سرپرست، در صورتی که مصداق داشته باشد _____

تاریخ: _____ | _____ | _____
 سال | روز | ماه
 امضای شاهد _____

تاریخ: _____ | _____ | _____
 سال | روز | ماه
 امضای کارشناس* _____

تاریخ _____ فرد دریافت کننده اجازه _____ تاریخ _____ امضای کارشناس* _____

* کارشناس در این اجازه نامه صرفاً به معنی پزشک، روانشناس مجاز و یا مددکار اجتماعی دارای مدرک فوق لیسانس در مددکاری اجتماعی است که این درخواست ارائه سوابق بیمار را که از سوی بیمار مطرح شده است، تایید می نماید.

اجازه نامه ارائه

اطلاعات بیمار

MH 5671 (بازنگری 08/04) صفحه 3 از 3

اطلاعات محرمانه بیمار

به بخش 5328 مقررات W&I و

مقررات فدرال (CFR) حفظ محرمانگی HIPAA بخش 164.508 مراجعه شود

سابقه ارائه اطلاعات

اطلاعات زیر در اختیار شخص یا سازمان با مشخصات ذکر شده در روی این فرم قرار گرفته است. تاریخ های خاص گزارشات، سوابق، موارد ارائه شده را مشخص کنید.

 سایر ارزیابی ها/سنجش ها (لطفاً شرح دهید)

 تاریخ(های) جلسه(های) گروهی

 اطلاعات حقوقی

 ارزیابی های پزشکی، عصب شناختی، نتایج آزمایشات، مانند EEG، EKG و غیره

 نتایج آزمایشات HIV

 نتایج آزمایشات روانشناسی/حرفه ای

 کل سوابق

 تشخیص

 ارزیابی روانی

 خلاصه ترخیص

 تاریخچه اجتماعی

 طرح درمانی فردی

 سایر:

تاریخ ارائه

ارائه شده توسط (نام و عنوان)