

مجوز انتشار پرونده پزشکی (همچنین به عنوان اطلاعات بهداشتی محافظت شده نیز شناخته می شود)

نام بیمار: _____ DOB: _____ تلفن: _____

من اجازه می دهم سمت روشن برای افشای اطلاعات از منرکورد دیکال، که ممکن است شامل شود، اما نه محدود به اطلاعات در مورد تشخیص های روانپزشکی است، درمان، و/یا (داروهای تجویز شده به نام فرد یا نهاد فهرست شده در زیر از طریق رسانه زیر (یکی را انتخاب کنید):
() فکس پست الکترونیک ()

نام: _____

فکس _____ تلفن: _____

پست الکترونیک: _____ رونوشت _____

من می دانم که پرونده پزشکی من ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما محدود به موارد زیر نیست: خلاصه ای از تاریخچه پزشکی من. زمان و تاریخ درمان؛ اطلاعات مربوط به خانواده و تجربیات اجتماعی من مربوط به درمان من؛ نتایج آزمایشات بالینی؛ داروهای تجویز شده؛ خلاصه ای از تشخیص ها و علائم؛ و نکات درمانی اگر عناصری از سابقه من وجود دارد که تماس بگیرم Brightside می خواهم ویرایش شود، باید با تیم خدمات اعضای

یا آزمایش ژنتیک (HIV) من می دانم که سوابق سلامتی من ممکن است شامل اطلاعات مربوط به بیماری های مقاربتی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، ویروس نقص ایمنی انسانی باشد.

بله، من با انتشار این اطلاعات موافقت می کنم. () نه، لطفاً قبل از افشای این اطلاعات را از سابقه من حذف کنید ()

من می دانم که سوابق سلامتی من ممکن است شامل اطلاعات مربوط به مصرف و/یا سوء مصرف مواد، مانند مواد مخدر و الکل باشد.

بله، من با انتشار این اطلاعات موافقت می کنم. () نه، لطفاً قبل از افشای این اطلاعات را از سابقه من حذف کنید ()

هدف/دلیل انتشار این اطلاعات به شرح زیر است:

(توضیح مختصر)

1. من می دانم که، مگر اینکه پس گرفته شود، این مجوز 180 روز از تاریخ امضا منقضی می شود. فتوکپی این فرم همانند اصل آن معتبر تلقی می شود.
دو
3. من درک می کنم که اطلاعات استفاده شده یا افشا شده بر اساس این مجوز ممکن است در معرض افشای مجدد توسط گیرنده باشد و دیگر توسط مقررات حریم خصوصی فدرال محافظت نشود. با این حال، سایر قوانین ایالتی یا فدرال ممکن است گیرنده را از افشای اطلاعات ویژه محافظت شده، مانند اطلاعات درمان سوء مصرف مواد و/یا اطلاعات سلامت روان منع کند می دانم که امتناع من از امضای این مجوز، حق من برای دریافت درمان فعلی یا آینده برای ناتوانی های روانپزشکی را به خطر نمی اندازد، مگر در مواردی که افشای اطلاعات برای درمان ضروری باشد.
5. تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت Brightside اگر این فرم را امضا نکنم، مراقبت های بهداشتی و پرداخت هزینه های مراقبت های بهداشتی من در 5. می دانم که می توانم پس از امضای این فرم، یک کپی از آن درخواست کنم.
6. ممکن است قبل از احترام به این نسخه، تأیید هویت من را درخواست کند، و عدم رعایت به موقع الزامات تأیید هویت باعث تأخیر در پردازش این نسخه Brightside تصدیق می کند که 7. می شود.
8. در قبال افشای نادرست سوابق ناشی از هرگونه اطلاعات نادرستی که ممکن است هنگام تکمیل این فرم ارائه کرده باشم، مسئولیتی ندارد Brightside تصدیق می کند که 9. می دانم که پرونده سلامت من ممکن است حاوی گزارش ها، تشخیص ها، یادداشت ها و اطلاعات دیگری باشد که فقط یک پزشک واجد شرایط می تواند آن ها را تفسیر کند. من می دانم که به خود در مورد مواردی که در پرونده سلامتی ام ثبت شده Brightside من توصیه شده است که برای جلوگیری از درک نادرست من از اطلاعات موجود در این ورودی ها، باید با ارائه دهنده ارائه دهندگان، کارمندان یا همکاران آن را مسئول هرگونه تفسیر نادرست از اطلاعات پرونده پزشکی خود در نتیجه عدم مشورت با ارائه دهنده خود، Brightside است، تماس بگیرم. من برای تفسیر صحیح نمی دانم.

امضا:

با علامت زدن این کادر و تایپ نام خود در زیر، این نسخه را به صورت الکترونیکی امضا می کنم.

امضای بیمار یا قیم قانونی

تاریخ

(ارتباط با بیمار در صورت قیم قانونی)