

اطلاعات مراجعی		
نام خانوادگی:	نام:	حرف اول نام میانی:
شماره پرونده:	:SSN	تاریخ تولد:

چطور با شما ارتباط برقرار کنیم؟			
شماره تلفن:	نشانی:	شهر/ایالت:	زیپ کد:
اگر خود شما مراجع نیستید:			
نام شما با حروف بزرگ:		نسبت خود با مراجع را مشخص کنید:	

کسی که اطلاعات را به اشتراک خواهد گذاشت:		
نام شخص حقیقی یا شخص حقوقی:	شماره تلفن:	
نشانی	شهر/ایالت:	زیپ کد:
هدف از درخواست:		

کسی که اطلاعات را دریافت خواهد کرد		
نام شخص حقیقی یا شخص حقوقی:	شماره تلفن:	
نشانی	شهر/ایالت:	زیپ کد:

چه اطلاعاتی به اشتراک گذاشته شود	
<input type="checkbox"/> سوابق پرداخت،	<input type="checkbox"/> سابقه واکسیناسیون،
<input type="checkbox"/> سوابق کامل،	<input type="checkbox"/> نتایج آزمایشگاهی،
<input type="checkbox"/> اطلاعات تشخیصی،	<input type="checkbox"/> اطلاعات دارو،
<input type="checkbox"/> سوابق ترخیص	<input type="checkbox"/> سوابق سلامت روان،
<input type="checkbox"/> اطلاعات مربوط به درمان سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/> عکس‌ها/ویدیوها
<input type="checkbox"/> مخدر/الکل HIV/AIDS نتایج آزمایش خون و	<input type="checkbox"/> سایر اطلاعات درمان/
هر/همه ارجاعات به آن موارد	<input type="checkbox"/> خدمات: _____

مجوز شما به چه معنی است

اطلاعات حساس: سوابق ممکن است شامل اطلاعاتی مربوط به بیماری‌های مقاربتی، سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS)، یا ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) باشد. همچنین این سوابق ممکن است حاوی اطلاعاتی درباره خدمات سلامت روانی یا رفتاری یا درمان سوء مصرف مواد مخدر و الکل باشد.

حق ابطال: این حق را دارید که در هر زمان این مجوز را باطل کنید. اگر این مجوز را ابطال کنید، باید این کار را به صورت کتبی انجام دهید. ابطال کردن شما برای اطلاعات منتشر شده تا کنون اعمال نمی‌شود.

مدت زمان افشا: می‌توانید تاریخ شروع و/یا پایان (یا رویداد) خاصی را برای مؤثر بودن این مجوز ارائه کنید. این یعنی، سوابق فقط بین تاریخ‌هایی که مشخص می‌کنید به اشتراک گذاشته می‌شوند.

این مجوز از تاریخ شروع زیر آغاز می‌شود: _____

• اگر هیچ تاریخ شروعی مشخص نشده باشد، این مجوز از تاریخ امضاء کردن معتبر خواهد بود.

این مجوز در تاریخ پایان یا رویداد زیر منقضی می‌شود: _____

• اگر هیچ تاریخ پایان یا رویدادی مشخص نشده باشد، این مجوز در یک (1) سال از تاریخ امضاء کردن آن منقضی می‌شود.

افشای مجدد: اگر افشای اطلاعات پزشکی محافظت شده را به کسی مجاز کرده باشید که طبق قانون ملزم به حفظ محرمانگی آن نیست، ممکن است این اطلاعات دوباره افشا شود و دیگر محافظت نخواهد شد.

دیگر حقوق:

1. صدور مجوز برای افشای این اطلاعات امری داوطلبانه است. می‌توانید از امضا کردن این مجوز خودداری کنید. برای دریافت درمان نیازی به امضاء کردن این فرم ندارید. با این وجود، اگر این مجوز برای مشارکت در یک مطالعه پژوهشی نیاز باشد، ممکن است از ثبت نام شما در مطالعه پژوهشی خودداری شود.
2. می‌توانید طبق بخش 164.524 از قانون 45 مقررات فدرال، اطلاعات مورد استفاده یا افشا شده را بررسی کنید یا نسخه‌ای از آن را دریافت کنید.
3. شما حق دریافت یک کپی از این مجوز را دارید. آیا یک کپی از این مجوز را می‌خواهید؟ بلی خیر
4. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق حریم خصوصی‌تان، به اطلاعاتی شیوه‌های حفظ حریم خصوصی در وبسایت ما مراجعه فرمایید: www.cosdcompliance.org یا با افسر حریم خصوصی تماس بگیرید 619-338-2808 یا با PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524 مکاتبه کنید.

امضا

تاریخ:

امضا: