



مجوز به CALOPTIMA HEALTH برای افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) به شخص یا نهاد دیگر

برای اجازه دادن به CalOptima Health جهت افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شما به شخص یا سازمان دیگر، تمام بخش‌های این فرم را تکمیل کنید. این فرم فقط افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) مورد تأیید شما که در بخش B زیر در اختیار CalOptima Health است را مجاز می‌داند. این فرم به هیچ کس اجازه نخواهد داد که در مورد مراقبت‌های درمانی شما تصمیم بگیرد.

بخش A: اطلاعات عضو/بیمار

نام _____ نام خانوادگی _____ تاریخ تولد _____
درس پستی _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
شماره تلفن _____ شماره شناسه بیمه CIN _____

بخش B: اطلاعاتی که می‌توانند افشا شوند

دستورالعمل: علامت X را در کادر کنار گزینه‌های انتخاب شده قرار دهید.

أمن به CalOptima Health اجازه می‌دهم اطلاعات بهداشتی محافظت شده ((PHI زیر را در محدوده زمانی زیر، افشا کند: __

تا _____ (سال/روز/ماه) : _____ (سال/روز/ماه)

- | | |
|---|---|
| ☐ سوابق مدیریت پرونده | ☐ سوابق آموزشهای بهداشتی/مدیریت بیماری |
| ☐ مطالبات/فاکتورها | ☐ سوابق معرفی نامه/مجوزها |
| ☐ سوابق خدمات مشتریان | ☐ سوابق داروخانه |
| ☐ سوابق شکایات و درخواست تجدید نظر | ☐ سوابق مدیریت استفاده از منابع |

*اطلاعات حساس زیر فقط در صورتی به اشتراک گذاشته می‌شود که کادر(های) مربوطه را علامت بزنید و در قسمت زیر با حروف اول نام و نام خانوادگی امضا کنید.

حروف اول نام
و نام خانوادگی

☐ فقط یادداشت‌های روان‌درمانی. اینها یادداشت‌هایی هستند که محتوای یک جلسه درمانی را مستند یا تحلیل می‌کنند. **

☐ اطلاعات مربوط به سلامت روان/رفتاری.

☐ اطلاعات مربوط به اختلال مصرف مواد.

☐ اطلاعات مربوط به عفونت‌های مقاربتی (از جمله HIV/AIDS).

☐ اطلاعات مربوط به سلامت جنسی/باروری (شامل تنظیم خانواده و مراقبت‌های منطبق با جنسیت).

☐ اطلاعات مربوط به سوء استفاده جنسی یا جسمی (از جمله خشونت شریک زندگی).

☐ برای خردسالان ۲۱ سال به بالا: خدمات مربوط به بیماری‌های عفونی، واگیردار، مسری یا مقاربتی.

*اطلاعات فوق تنها پس از رضایت اولیه شما فاش خواهد شد.

**اگر تصمیم دارید علاوه بر یادداشت‌های روان‌درمانی خود، اطلاعات دیگری را نیز افشا کنید، باید مجوز جداگانه‌ای برای افشای یادداشت‌های روان‌درمانی خود ارائه دهید.

بخش C: هدف از صدور مجوز

من افشای این اطلاعات را به دلایل زیر مجاز می‌دانم:

☐ استفاده شخصی ☐ قانونی

☐ بیمه

☐ سایر (لطفاً مشخص کنید):

بخش D: شخص یا سازمانی که مجاز به دریافت PHI شما است

من به CalOptima Health اجازه می‌دهم که PHI من را برای شخص/نهاد زیر افشا کند. این مجوز از زمانی اجرایی خواهد بود که من این فرم را امضا کرده و برگردانم. فرد دریافت کننده اطلاعات باید ۱۸ سال یا بیشتر سن داشته باشد.

نام شخص/سازمان: _____

نسبت با عضو/بیمار: _____ تلفن: _____

بخش E: حقوق شما

• من می‌توانم در هر زمانی با ارسال اطلاعات کتبی به: Health در CalOptima در آدرس زیر، این مجوز را لغو کنم:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

• این اطلاعات لغو مجوز، نحوه استفاده یا انتشار اطلاعات سلامت شخصی PHI من توسط CalOptima Health را قبل از دریافت نامه‌ام تغییر نخواهد داد.

• شخص یا سازمانی که اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده PHI من را از CalOptima Health دریافت می‌کند، ممکن است آن را به دیگران نشان دهد. در این صورت، اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده PHI من ممکن است تحت پوشش قوانین حفظ حریم خصوصی HIPAA نباشد.

• من مجبور نیستم این فرم را پر کنم. عدم تکمیل این فرم، مزایای مراقبت درمانی یا پرداخت من برای خدمات مراقبت درمانی را تغییر نخواهد داد.

• من حق دارم اطلاعات بهداشتی محافظت‌شده PHI خود را که تحت این مجوز استفاده یا منتشر می‌شود، مشاهده یا دریافت کنم.

• من حق دارم یک کپی از این فرم را دریافت کنم.

بخش F: تاریخ پایان تأییدیه

این مجوز برای افشای اطلاعات به اشخاص یا سازمان ذکر شده در تاریخ زیر خاتمه می‌یابد:

_____ (تاریخ یا رویداد خاص اما نه دیرتر از یک (1) سال از تاریخی که این فرم را امضا و ارسال می‌کنم).

**** اگر تاریخ انقضا یا رویدادی ارائه نشود، مجوز معتبر نخواهد بود. ****

بخش G: امضا

من متوجه هستم که برای رسیدگی به درخواستم، یک کپی از مدرک شناسایی معتبر دولتی (ID)، یک کپی از مدارک مربوط به اختیارات قانونی یا امضای محضری باید به فرم درخواست من پیوست شود.

با امضای زیر، این فرم را خوانده‌ام و می‌دانم به چه معناست.

تاریخ

امضای عضو/نماینده شخصی

_____ امضای والدین/قیم: _____ تاریخ: _____

_____ درج نام والدین/قیم: _____ نسبت با عضو: _____

CalOptima Health حق درخواست مدارک قانونی (مانند گواهی تولد، حکم دادگاه) از والدین/قیم که از طرف عضو تحت تکفل امضا می‌کنند را برای خود محفوظ می‌دارد.

فقط نمایندگان شخصی: حقوق شما برای درخواست اطلاعات بهداشتی چیست؟

درج نام: _____

☐ قیم

☐ مجری وصیت نامه

☐ مدیر املاک

☐ وکالت نامه پزشکی

☐ غیره

توجه: شما باید مدارک قانونی را پیوست کنید تا تأیید کنید که قیم یا وصی متوفی هستید یا اختیار تصمیم‌گیری‌های پزشکی برای فرد را دارید.

لطفاً این فرم را به آدرس CalOptima Health ارسال کنید:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West

Orange CA 92868

فکس: 1-714-481-6457

توقف

فقط برای استفاده داخلی CalOptima Health:

Staff Name: _____ How was identity verified? ☐ In Person ☐ Phone

Signature: _____ Date Verified: _____