

نام بیمار:	1
تاریخ تولد:	
کارت شناسایی یا پرونده پزشکی #:	
نشانی:	
شماره تلفن:	



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

مجوز استفاده و نشر اطلاعات حفاظت شده مربوط به سلامت

2 مجوز: من به «سیستم سلامت و بیمارستان سانتا کلارا ولی» (SCVHHS) (شامل «برنامه سلامت ولی»، «مرکز پزشکی سانتا کلارا ولی»، «اداره سلامت عمومی»، «سلامت در طول بازداشت» و «اداره خدمات سلامت رفتاری») اجازه استفاده و انتشار این اطلاعات را برای موارد ذیل می دهم:
نام گیرنده: _____ ضمیمه B را ببینید

3 هدف: اطلاعات سلامت منتشر شده فقط برای هدف(های) زیر استفاده می شود:
ارزیابی واجد شرایط بودن من برای شرکت در برنامه مراقبت همه جانبه از شخص (WPC)؛ ارائه خدمات به من و هماهنگ کردن این خدمات ذیل برنامه WPC، مدیریت خدماتی که به من ارائه می شود و انجام فعالیت های مربوط به بهبود کیفیت.

4 اطلاعاتی که باید منتشر شود

A. پرونده پزشکی از این تاریخ: _____ تا: _____
 تمام اطلاعات مربوط به سلامت (مانند تشخیص بیماری، نتایج آزمایش، درمان بیماری)؛ یا
 عکس ها و/یا فیلم ها گزارش ها صورتحساب پرونده دندانپزشکی

B. نتایج آزمایش اچ آی وی (HIV)/ایدز (AIDS) - (برای نشر هر یک از این موارد به مجوز جداگانه ای نیاز است).

C. درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکل (مانند تشخیص بیماری، نتایج آزمایش، درمان بیماری، صورتحساب، حضور یابی)

D. سلامت روان (مانند تشخیص بیماری، نتایج آزمایش، درمان بیماری، صورتحساب)

E. سایر موارد تمام اطلاعات به دست آمده از سوی نهادهای تحت پوشش و فاقد پوشش برنامه WPC

حروف اول نام: _____ موجود نیست

حروف اول نام: _____ موجود نیست

حروف اول نام: _____

حروف اول نام: _____

5 روش ترجیحی جهت تحویل: پست تحویل در محل سایر موارد موجود نیست سی دی فیلم کاغذ سایر موارد موجود نیست

7 مدت زمان: اعتبار این مجوز بلافاصله تأیید می شود و تا تاریخ 12/31/2020 (تاریخی را تعیین کنید) معتبر خواهد بود. چنانچه تاریخی را تعیین نکنم، این مجوز دوازده ماه پس از تاریخ امضای آن منقضی خواهد شد.

شرایط: من متوجه هستم که درمان، پرداخت، نام نویسی یا واجد شرایط بودن برای استفاده از مزایای بیمه منوط به اعطا یا رد این مجوز نیست، مگر اینکه درمان من مرتبط با موارد پژوهشی باشد، یا اگر خدمات مراقبت بهداشتی فقط برای تهیه اطلاعات سلامت حفاظت شده به منظور انتشار به شخص ثالث به من ارائه شود. من همچنین متوجه هستم که می توانم از امضای این مجوز امتناع کنم. اعتبار کپی این مجوز برابر با اصل آن است. من حق دریافت یک کپی از این مجوز را دارم.

- باز نشر: اطلاعاتی که تحت این مجوز منتشر شده است، می تواند توسط گیرنده باز نشر شود. قانون کالیفرنیا انجام چنین باز نشری را در برخی موارد ممنوع کرده است و بیش از این توسط قانون محرمانگی دولت فدرال (HIPAA) محافظت نمی شوند، اگرچه همچنان از اطلاعات حفاظت شده توسط CFR 42 بخش 2 حفاظت خواهد شد. علاوه بر این، قانون کالیفرنیا، نشر مجدد اطلاعات سلامت من را برای شخصی که آن را دریافت می کند ممنوع کرده است، مگر اینکه شخصاً مجوز دیگری برای انتشار آن ارائه دهم یا اینکه انتشار این اطلاعات به لحاظ قانونی ضروری باشد و با اجازه قانون منتشر شود.

1\$ نام بیمار/نماینده بیمار _____ امضای بیمار/نماینده بیمار _____ نسبت خویشاوندی _____ تاریخ _____



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

مجوز استفاده یا افشای اطلاعات پزشکی محافظت شده

نام بیمار: _____
 تاریخ تولد: _____
 شناسه یا شماره پرونده پزشکی _____
 نشانی: _____
 تلفن: _____

پیوست B: مراکز سیستم بهداشت سانتا کلارا کانتی - در صورت لزوم باید توسط اداره مسنول پرونده پزشکی به روزرسانی و ویرایش شود.

مکان(های) پرونده‌ها (همه موارد مرتبط را علامت بزنید):

- | | |
|--|--|
| Valley Health Center Bascom <input type="checkbox"/> | Valley Health Center Milpitas <input type="checkbox"/> |
| Valley Health Center Downtown <input type="checkbox"/> | Valley Health Center Moorpark <input type="checkbox"/> |
| Valley Health Center East Valley <input type="checkbox"/> | Valley Health Center Sunnyvale <input type="checkbox"/> |
| Valley Health Center Gilroy <input type="checkbox"/> | Valley Health Center Tully <input type="checkbox"/> |
| Valley Homeless Healthcare Program (VHHP) <input type="checkbox"/> | Valley Specialty Center <input type="checkbox"/> |
| Santa Clara Valley Dentalcare California <input type="checkbox"/> | Santa Clara Valley Dentalcare El Camino <input type="checkbox"/> |
| TB/Refugee Clinic <input type="checkbox"/> | |
| | O'Connor Hospital <input type="checkbox"/> |
| | O'Connor Medical Clinic <input type="checkbox"/> |
| | St. Louise Regional Hospital <input type="checkbox"/> |
| | DePaul Health Center <input type="checkbox"/> |
| | St. Louise Medical Clinics <input type="checkbox"/> |
| | سایر کلینیک‌ها <input type="checkbox"/> |
| Elmwood <input type="checkbox"/> | Guadalupe <input type="checkbox"/> |
| Morgan Hill <input type="checkbox"/> | San Pedro <input type="checkbox"/> |
| | سایر: <input type="checkbox"/> |

توجه: **My Health Online** به نشانی (<https://myhealthonline.sccgov.org>) مرجعی رایگان، مطمئن و راحت برای دسترسی به انواع اطلاعات پزشکی شخصی از طریق رایانه یا تلفن همراه است. این اطلاعات می‌توان شامل این موارد باشد: خلاصه اطلاعات موارد اخیر بستری یا مراجعه به کلینیک، فهرست داروهای فعلی، واکسن‌ها (ایمن‌سازی)، خلاصه سوابق پزشکی، نتایج مهم آزمایش‌ها و غیره.

MyHealth Online همچنین امکان گرفتن نوبت و ارائه درخواست ثبت در فهرست انتظار اولین نوبت خالی مربوط به ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما را فراهم می‌کند.