

الإذن بإرسال المعلومات الصحية

إرسال السجلات الطبية عبر الفاكس إلى: 860-4313 (802) إرسال سجلات الأسنان عبر البريد الإلكتروني إلى: dentalxrays@chcb.org
يسمح هذا النموذج لمراكز الصحة المجتمعية CHC بالتواصل شفويًا مع الشخص المأذون له أو المؤسسة المأذون لها، المدرجين أدناه.

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____ الهاتف: _____

سبب الإفصاح: الرجاء اختيار سبب (أسباب) الإفصاح عن معلوماتك:

- تنسيق الرعاية
 نقل الرعاية
 أغراض قانونية
 نسخة المريض
 رأي آخر
 غير ذلك (يُرجى التوضيح):

يُرجى اختيار جميع المعلومات التي تود مشاركتها:

الطبية:

- السجل الصحي الكامل - يتضمن هذا السجلات الطبية السابقة من الوكالات الخارجية الموجودة لدى CHC في الملفات.
نطاق التاريخ: ____/____/____ إلى ____/____/____ في حالة عدم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة كل السجلات من هذا النوع المحدد.
 أخرى (نتائج الاختبار والمواعيد ومعلومات الفوترة، إلخ. يُرجى التوضيح):

الصحة العقلية/النفسية:

- استكمال سجل علاج الصحة العقلية/الصحة النفسية
نطاق التاريخ: ____/____/____ إلى ____/____/____ في حالة عدم تحديد تواريخ، ستتم مشاركة كل السجلات من هذا النوع المحدد.
 غير ذلك (يُرجى التوضيح):

الأسنان:

- الأشعة السينية للأسنان - الكل
 غير ذلك (يُرجى التوضيح):

المعلومات المطلوبة من:

العنوان: _____

الهاتف: _____ الفاكس: _____

تم الإفصاح عن المعلومات إلى: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____ الفاكس: _____

تاريخ أو حدث انتهاء صلاحية هذه الموافقة: _____

أنا أفهم أنني في حال عدم ذكري لتاريخ انتهاء الصلاحية أعلاه، فإن هذه الموافقة تنتهي صلاحيتها بعد عام واحد من تاريخ آخر خدمة أتلقاها من CHC. أنا أفهم أن المعلومات المفصّل عنها يمكن أن تشمل معلومات طبية و/أو نفسية و/أو صحة ذهنية و/أو سجلات تتعلق بالمخدرات والكحول. أنا أفهم أن سجلاتي الطبية محمية بموجب قانون إخضاع التامين الصحي لقابلية النقل والمساءلة لسنة ("HIPAA") 1996، 45 الأجزاء 160 و164، ولا يمكن الإفصاح عنها دون موافقتي الكتابية ما لم تذكر قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية خلاف ذلك. تسري صلاحية الصورة أو نسخة الفاكس عن هذه الوثيقة كالأصل. أنا أفهم أنني يمكن أن أواجه رفض تقديم الخدمات في حال رفضي الموافقة على الإفصاح لأغراض العلاج أو السداد أو عمليات الرعاية الصحية. لن أواجه رفض تقديم الخدمات في حال رفضي الموافقة على الإفصاح لأغراض أخرى. أنت تسمح لمراكز الصحة المجتمعية في برلنغتون بالإفصاح عن سجلاتك بالتنسيقات التالية: الشفوية، الكتابية، الإلكترونية، ما لم يتم تحديد خلاف ذلك هنا.

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي أو الممثل القانوني: _____ التاريخ: _____

وضوح سلطة التوقيع بالنيابة عن المريض: _____ رقم الاتصال: _____

وأنا أفهم أنني أستطيع إلغاء هذه الموافقة في أي وقت. ولن يؤثر قراري بإلغاء هذه الموافقة على السجلات التي سبق الإفصاح عنها بموجب هذه الموافقة. أنا ألغي هذه الموافقة بموجب هذا في: _____ (التاريخ). لا تفصحوا عن أي معلومات إضافية بناءً على هذه الموافقة.

التوقيع: _____



AUTHORIZATION TO SEND HEALTH INFORMATION

Fax Medical Records to: (802) 860-4313 Email Dental Records to: dentalxrays@chcb.org

This form allows CHC to verbally communicate with the authorized person or organization listed below.

Patient Name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Phone: _____

Reason for Release: Please choose the reason(s) for the release of your information:

- Coordination of care
- Patient copy
- Transfer care
- Second opinion
- Legal purposes
- Other (please describe):

Please choose all information you would like to have shared:

Medical:

- COMPLETE HEALTH RECORD - This includes past medical records from outside agencies that CHC has on file.
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (test results, appointments, billing information, etc. Please describe):

Mental Health/Psychiatry:

- Complete Mental Health Therapy/Psychiatric Record
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (please describe):

Dental:

- Dental x-rays – All
- Other (please describe):

Information REQUESTED FROM: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Information RELEASED TO: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Date or event upon which this consent will expire: _____

I understand that if I do not state a date of expiration above, then this consent will expire one year from the last date of service to me at CHC. **I understand that information released may include medical, psychiatric, mental health and/or drug and alcohol records.** I understand that my Medical Records are protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by state and federal regulations. A photocopy or facsimile of this consent is valid as is the original. I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes. You are authorizing the Community Health Centers of Burlington to disclose your records in the following formats: verbal, written, electronic, unless otherwise specified here.

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent, Guardian, or Legal Representative Signature: _____ Date: _____

Describe authority to sign on behalf of patient: _____ Contact number: _____

I understand that I may revoke this consent at any time. My decision to revoke this consent will not affect the records that were previously released under this consent. I hereby revoke this consent on: _____ (date). Do not release any further information under this consent.
Signature: _____