

IDHINI YA KUTUMA/KUPEANA TAARIFA ZA AFYA

Tuma rekodi za Matibabu kwa Faksi: (802) 860-4313 Tuma Rekodi za Meno kwa barua-pepe: dentalxrays@chcb.org

Jina la Mgonjwa: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____
 Anwani: _____ Simu: _____

Sababu za Kutoa Taarifa: Tafadhali chagua sababu ya kutoa taarifa zako:

- Uratibu wa Matibabu Nakala ya mgonjwa Uhamisho wa matibabu Maoni ya ziada
 Madhumuni ya kisheria Nyingine (tafadhali elezea):

Tafadhali chagua habari zote ambazo ungependa kushiriki:

CHATI KAMILI:

- Chati kamili ikiwa ni pamoja na Matibabu/Afya ya Akili/Saikolojia. Hii inajumuisha rekodi za huko nyuma kutoka mashirika ya nje ambazo CHC inazo kwenye faili zake, ikijumuisha rekodi za matibabu ya uraibu zilizopokelewa kutoka kwa mpango unaosimamiwa na sheria ya 42 CFR Sehemu ya 2, ambazo zinaweza tu kutumika na kutolewa kwa idhini ya maandishi, isipokuwa kama inaruhusiwa na sheria.
 Weka alama hapa ikiwa hutaki rekodi zako kutoka kwa kituo cha Sehemu ya 2 zito lewe.

Masafa ya tarehe: ___/___/___ kwa ___/___/___ Ikiwa hakuna tarehe zilizobainishwa, rekodi zote za aina hii zitashirikiwa.

MATIBABU:

- Maelezo Yote ya Huduma za Matibabu Pekee. Hii inajumuisha rekodi za matibabu za huko nyuma kutoka kwa mashirika ya nje ambazo CHC inazo kwenye faili zake.
 Nyinginezo (matokeo ya vipimo, miadi, taarifa za malipo, n.k.) Tafadhali elezea:

Masafa ya tarehe: ___/___/___ kwa ___/___/___ Ikiwa hakuna tarehe zilizobainishwa, rekodi zote za aina hii zitashirikiwa.

AFYA YA AKILI/SAIKOJIA:

- Maelezo Yote ya Afya ya Akili/Saikolojia. Hii inajumuisha rekodi za huko nyuma kutoka mashirika ya nje ambazo CHC inazo kwenye faili zake, ikijumuisha rekodi za matibabu ya uraibu zilizopokelewa kutoka kwa mpango unaosimamiwa na sheria ya 42 CFR Sehemu ya 2, ambazo zinaweza tu kutumika na kutolewa kwa idhini ya maandishi, isipokuwa kama inaruhusiwa na sheria.
 Weka alama hapa ikiwa hutaki rekodi zako kutoka kwa kituo cha Sehemu ya 2 zito lewe.

- Nyingine (tafadhali elezea):

Masafa ya tarehe: ___/___/___ kwa ___/___/___ Ikiwa hakuna tarehe zilizobainishwa, rekodi zote za aina hii zitashirikiwa.

MATIBABU YA MENO:

- Eksirei ya Meno

Masafa ya tarehe: ___/___/___ kwa ___/___/___ Ikiwa hakuna tarehe zilizobainishwa, eksirei zote za meno kutoka miaka mitano iliyopita zitashirikiwa.

- Nyingine (tafadhali elezea):

Taarifa IMEOMBWA KUTOKA KWA:

Jina: _____

Anwani: _____

Simu: _____ Faksi: _____

Taarifa IMETOLEWA KWA:

Jina: _____

Anwani: _____

Simu: _____ Faksi: _____

Tarehe ambayo idhini hii itaisha: _____

Naelewa kuwa ikiwa sitataja tarehe ya mwisho ya idhini hapo juu, basi idhini hii itaisha miaka mitatu tangu tarehe ya mwisho niliyopewa huduma katika CHC. **Naelewa kuwa taarifa zitakazotolewa zinaweza kujumuisha rekodi za matibabu, magonjwa ya akili, afya ya akili, na/au rekodi za matumizi ya dawa za kulevya na pombe.** Naelewa kuwa Rekodi zangu za Matibabu zinalindwa chini ya Sheria ya Uhamishwaji na Uwajibikaji wa Bima ya Afya ya mwaka wa 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA")), Sehemu za 45 namba 160 na 164, na haziwezi kutolewa bila idhini yangu ya maandishi isipokuwa kama imeelekezwa vinginevyo na kanuni za jimbo na shirikisho. Nakala au nakala ya faksi ya idhini hii ni halali kama ilivyo nakala halisi. Naelewa kuwa ninaweza kunyimwa huduma ikiwa nitakataa kutoa idhini ya ushirikishaji wa taarifa kwa madhumuni ya matibabu, malipo, au shughuli za huduma za afya. Sitakataliwa huduma ikiwa nitakataa kutoa idhini ya ushirikishaji wa taarifa kwa madhumuni mengine. Idhini hii inaweza kufutwa wakati wowote kwa kuandikwa CHC, isipokuwa kwa kiasi ambacho tayari kimefanyiwa hatua. Unatoa idhini kwa Vituo vya Afya vya Jamii (Community Health Centers) kutoa taarifa za rekodi zako katika njia zifuatazo: kwa maneno, maandishi, au kielektroniki, isipokuwa kama itabainishwa vinginevyo hapa.

- Ninaidhinisha matumizi na utoaji wa taarifa kulingana na sheria ya 42 CFR Sehemu ya 2 kwa madhumuni yafuatayo: Kwa ajili ya matumizi na utoaji wote wa baadaye wa taarifa kuhusiana na matibabu yangu, malipo, na shughuli za huduma za afya. Taarifa zitakazotolewa kutokana na idhini hii zinaweza kutolewa tena na mpokeaji, na huenda zisizidi kulindwa na sheria za HIPAA au 42 CFR Sehemu ya 2. Isipokuwa kwamba, taarifa iliyo chini ya 42 CFR Sehemu ya 2 haziwezi kutumika katika kesi za kisheria bila idhini au amri maalumu ya mahakama.*

Saini ya Mgonjwa: _____ Tarehe: _____

Saini ya Mzazi, Mlezi, au Mwakilishi wa Kisheria: _____ Tarehe: _____

Eleza mamlaka ya kutia saini kwa niaba ya mgonjwa: _____ Nambari ya mawasiliano: _____