

IDHINI KWA AJILI YA MAWASILIANO YA MANENO (PEKEE)

Fomu hii inaruhusu kushiriki taatifa kwa maneno na mtu mwingine. Hakuna rekodi za karatasi zitatumwa.

Kwa matumizi ya mtu binafsi tu - tafadhali usiongeze majina mengi.

Jina la Mgonjwa: _____ Tarehe ya kuzaliwa: _____

Anwani: _____ Simu: _____

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

- Uratibu wa huduma za afya Madhumuni ya kisheria
 Ushiriki wa Familia/Msaada

Ninaidhinisha CHC kutoa rekodi zangu za matibabu, ikijumuisha matunzo, afya ya akili, magonjwa ya akili, na meno, kwa madhumuni ya mawasiliano kwa maneno.

Taarifa IMETOLEWA KWA: _____ **Simu:** _____

Uhusiano na mimi: _____

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. Ninaelewa kuwa ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote. Uamuzi wangu wa kubatilisha idhini hii hautaathiri rekodi ambazo zilitolewa hapo awali chini ya idhini hii. Unaidhinisha Vituo vya Afya vya Jamii vya Burlington kutoa taarifa za rekodi zako katika miundo ifuatayo: kwa maneno.

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: _____

Kwa hivyo ninaondoa idhini hii: _____ (tarehe) Saini: _____