

Authorization to RELEASE Health]
[Information – DARI
اجازه بخاطر نشر معلومات صحی

2605 Blue Ridge Road Suite 225
 Raleigh, NC 27607
 تلفون) 984-222-8000 (فکس) 984-222-8001

[I authorize NeighborHealth to release information to]
 من به NeighborHealth اجازه نشر معلومات را میدهم به:

_____[:Person/Institution] شخص/ نهاد:

_____[:Address] آدرس:

_____[:City, State, Zip] شهر, ایالت, زیپ:

_____[:Phone] تلفون: _____[:Fax] فکس:

[Patient Information]: معلومات مریض:

_____[:Name] اسم:

_____[:Birthdate] تاریخ تولد:

_____[:Social Security] بیمه اجتماعی:

_____[:Phone] تلفون:

- [Billing records] سوابق صورت حساب
- [Laboratory reports] گزارش های لابراتوار
- [School physical form] فورم معاینه جسمی
- [Other] دیگر _____
- [Radiology reports] گزارش های رادیولوژی
- [Prenatal records] سوابق قبل از تولد

[Information to be Released]
معلومات که قرار است نشر شود

- [Immunization/shot records] سوابق کوتا/ واکسین
- [Complete medical record] سوابق کامل طبی

[I specifically **prohibit** the release of the following sensitive health information. I understand that for any of the following boxes that are not checked, the health information released to the named recipient may include diagnosis, evaluation and/or treatment information for the following:]

- من بطور مشخص نشر معلومات حساس صحی ذیل را منع می کنم. من میدانم که برای هر یک از باکس های زیر که علامت گذاری نشده اند، معلومات صحی که برای گیرنده نام گذاری شده منتشر می شود ممکن است شامل معلومات تشخیص، ارزیابی و/یا درمان موارد زیر باشد:
- [Behavioral health] صحت رفتاری
- [Alcohol and/or substance abuse] سو استفاده الکل و/یا مواد
- [HIV or AIDS testing information or results] معلومات یا نتایج معاینات اچ آی وی یا ایدز

[Dates of Service Requested]
تاریخ های درخواست خدمت

- [All] همه
- [From] _____ تا [to] _____
- [Most Recent] آخرین

[Reason for Release]
دلیل نشر

- [Other (specify)] دیگر (مشخص کنید) _____
- [Continuity of Care/Other provider] ادامه مراقبت/ ارائه دهنده دیگر
- [Patient request] درخواست مریض

[Delivery Requested]
تحویلی درخواست شده

- [Paper by mail] ورقه از طریق پست
- [Paper by fax] ورقه از طریق فکس
- Electronic by secure message (e-mail)]
 [email address] بشکل الکترونیکی توسط پیام مصون (ایمیل)
 ایمیل آدرس: _____

من میدانم که این اجازه مشروط به لغو/انصراف توسط من در هر زمان به صورت کتبی به کارمند حفظ حریم خصوصی در این سایت مراقبت است، به جز در مواردی که قبلاً برای نشر این معلومات اقدامی انجام شده باشد. من حق دارم یک کاپی از معلومات صحی را که قرار است نشر شود بازرسی کنم. من میدانم که این اجازه داوطلبانه است و ممکن است از امضای این اجازه خودداری کنم. شخص/نهاد فوق از برخورد با من بر اساس اینکه آیا اجازه می دهم معلومات صحی من توسط دیگران استفاده و افشا شود، امتناع نخواهد کرد. من میدانم معلوماتی که من به شخص یا نهادی اجازه دریافت آن را می دهم ممکن است دوباره افشا شود و دیگر توسط مقررات حریم خصوصی فدرال محافظت نشود. این اجازه تا زمانی که لغو نشود مدار اعتبار خواهد بود، اما 90 روز پس از تاریخ امضای من انقضای می یابد یا طور دیگری توسط تاریخ، رویداد یا حالت (حالات) ذیل مشخص شده باشد:

تاریخ [Date]

امضای والدین [Signature of Patient]

قرابت با مریض [Relationship to Patient]

Required) Signature of Parent/Legal Guardian or Representative
if patient is not legally authorized to sign authorization)
امضای والدین/سرپرست قانونی یا نماینده
(ضروری است اگر مریض از نظر قانونی اجازه نداشته باشد تا اجازه را امضاء کند)

قرابت با مریض [Relationship to Patient]

امضای شاهد [Witness]

NeighborHealth OFFICE USE ONLY

Charge: _____ None (Sending to Medical Provider) \$0.75 (each) for first 25 pages.

\$0.50 (each) for pages 26 – 100. \$0.25 (each) for pages over 100. Minimum fee of \$10.00Payment

Received Yes No (requested to be billed)

PHI released by (staff name): _____ Date: _____ Mail Fax