

Authorization to RELEASE Health] [Information- PASHTO

2605 Blue Ridge Road Suite 225
Raleigh, NC 27607
P) 984-222-8000 F) 984-222-8001

د روغتیایي معلوماتو د ترلاسه کولو اجازه

[I authorize Neighbor Health to release information to] زه په پوهیږم چې له لاندې خاڼو څخه د هرې هغې یوې لپاره چې په نښه شوي نه وي، نومول شوي ترلاسه کونکي ته په خپرو شوو روغتیایي معلوماتو کې ممکن د لاندې مواردو لپاره تشخیص، ارزونه او/یا درملني معلومات شامل وي:

[Person/Institution] شخص | موسسه: _____
[Address] پته: _____
[City, State, Zip] ښار، ایالت، زیږ: _____
[Phone] تلیفون: _____ [Fax] فکس: _____

[Patient Information] د ناروغ معلومات:

[Name] نوم: _____
[Birthdate] د زیږون نېټه: _____
[Social Security] ټولنیز امنیت: _____
[Phone] تلیفون: _____

- [Information to be Released] هغه معلومات چې خپاره به شي**
- [Billing Records] د بېل ورکولو سوابق
 - [Laboratory Reports] لابراتواري راپور
 - [School physical form] د ښوونځي فزیکي فورمه
 - [Immunization/shot records] د واکسینوازرق سوابق
 - [Other] نور
 - [Radiology Reports] د رادیولوژی راپور
 - [Prenatal records] تر زیږون مخکې سوابق
 - [Complete medical record] بشپړ طبي سوابق

[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:]

زه په ځانګړې توګه د لاندې حساسو روغتیایي معلوماتو خپرول منع کوم. زه پوهیږم چې له لاندې خاڼو څخه د هرې هغې یوې لپاره چې په نښه شوي نه وي، نومول شوي ترلاسه کونکي ته په خپرو شوو روغتیایي معلوماتو کې ممکن د لاندې مواردو لپاره تشخیص، ارزونه او/یا درملني معلومات شامل وي:

- [Behavioral Health] د چلند روغتیا
- [Alcohol and/or substance abuse] د الکولو یا مادي ناوړه کارونه
- [HIV or AIDS testing information or results] د HIV یا ایډز تست معلومات یا پایلې

[Dates of Service Requested] هغه نېټې چې خدمت پري غوښتل شوی

[Most Recent] خورا وروستی

[From] له _____ [To] تر _____

[All] ټول

[Reason for Release] د خپرولو دلیل

- [Continuity of Care/Other provider] د پاملرنې دوام اېدل چمتو کونکي
- [Patient Request] د ناروغ غوښتنه
- [Other(specify)] بل (مشخص یې کړئ) _____

[Delivery Requested] غوښتل شوی تحویل

[Paper by mail] کاغذ د پوست له لارې

[Paper by fax] کاغذ د فکس له لارې

Electronic by secure message (e-mail)] برېښنایي د خوندي پیغام له لارې (برېښنالیک)

[email address] برېښنالیک پته: _____

زه پوهیږم چې دغه اجازه زما لخوا هر وخت د پاملرنې په دغه ساحه کې د محرمیت افسر ته په لیکلو سره د لغوا بېرته اخیستلو تابع ده، مګر دا چې د دغه معلوماتو د خپرولو لپاره له مخکې اقدام شوی وي. زه حق لرم چې د هغو روغتیایي معلوماتو یوه کاپي وڅېرم چې خپرېږي. زه پوهیږم چې دغه اجازه د اړتیا پرته ده او له لاسلیک کولو یې انکار کولی شم. پورته نومول شوی شخص (موسسه) به زما له درملني څخه د دې اساس له مخې انکار ونه کړي چې آیا زه اجازه ورکوم چې زما روغتیایي معلومات د نورو لخوا وکارول او افشا شي. زه پوهیږم چې هغه معلومات چې زه یوه کس یا ادارې ته اجازه ورکوم چې ترلاسه یې کړي، ممکن بیا افشا شي او نور د فدرالي محرمیت مقرراتو لخوا خوندي نه شي. دغه اجازه به د اعتبار وړ پاتې شي، مګر دا چې لغوه شي، خو زما د لاسلیک تر نېټې 90 ورځې وروسته به پای ته ورسېږي یا دا چې په لاندې توګه به په بل ډول د نېټې، پېښې یا شرط (شرایطو) په وسیله مشخصه شي:

[Date]: نېټه

[Signature of Patient]: د ناروغ لاسلیک

[Relationship to Patient]:
له ناروغ سره اړیکه

Signature of Parent/Legal Guardian or Representative (Required if)
[(patient is not leally authorized to sign authorization
د والدینو/ قانوني سرپرست یا استازی لاسلیک
(اړین دی، که ناروغ په قانوني توګه د اجازې د لاسلیک کولو اجازه نه لري)

[Relationship to Patient]: له ناروغ سره

[Witness Signature]:
د شاهد لاسلیک
اړیکه

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