

# የታካሚ የጤና መረጃን ለመልቀቅ ፈቃድ መስጠት



Health Information Management Department 1200 12 <sup>th</sup> Ave S., Suite 901, Seattle, WA 98144 / T: 206.548.3043 / ፋክስ: 206.461.8382 ኢ.ሜይል: healthrecords@neighborcare.org			የህምና መረጃ ቁጥር (አማራጭ)		
<b>የታካሚ መረጃ</b>					
የታካሚ ስም:			የልደት ቀን: / /		
የቀድሞ ስም:			ስልክ ቁጥር:		
<b>መረጃው የሚለቀቀው ከ:</b>			<b>መረጃው የሚለቀቀው ለ:</b>		
<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> ሌላ (ከታች ይመልከቱ)	<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> ሌላ (ከታች ይመልከቱ)
ስም:			ስም:		
አድራሻ:			አድራሻ:		
ከተማ:		ስቴት:	ዚ.ፕ:	ከተማ:	
ስልክ:		ፋክስ:	ስልክ:		ፋክስ:
<b>ሬከርዶችን እንዴት እንዲቀርቡ ይፈልጋሉ? (አንዱን ይምረጡ። ካልተገለጸ ሬከርዶቹ በወረቀት ይላካሉ)</b>					
<input type="checkbox"/> ወረቀት		<input type="checkbox"/> ሲ.ዲ	<input type="checkbox"/> የተጠበቀ ኢ.ሜይል (የኢ.ሜይል አድራሻ ያስገቡ):		
<b>ይህ መረጃ ለምን ይወጣል?</b>					
<input type="checkbox"/> እንክብካቤ ለማስተላለፍ		<input type="checkbox"/> ለግል ጥቅም		<input type="checkbox"/> ለሕግ ጉዳይ	
<input type="checkbox"/> ሌላ:					
<b>ምን ዓይነት መረጃ እንዲለቀቅ ይፈልጋሉ?</b>					
<input type="checkbox"/> ያለፈው ዓመት ሁሉም ሬከርዶች		<input type="checkbox"/> ለሁሉም የአገልግሎት ቀናት ሁሉም ሬከርዶቶች		<input type="checkbox"/> የከትባት ሬከርዶች	
<input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ የላብራቶሪ ውጤቶች		<input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ የቲቢ ምርመራ ውጤቶች		<input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ የራዲዮሎጂ ውጤቶች	
<input type="checkbox"/> ሌላ (ይግለፁ):					
<b>የቃል ግንኙነት</b>					
<input type="checkbox"/> ከላይ ከተጠቀሰው ሰው ጋር የሕክምና እንክብካቤዬን በቃል ለመወያየት ለኔይሮኬር ሄልዝ ፈቃድ ሰጥቻለሁ።					
<b>ሚስጥራዊ መረጃ</b>					
ከዚህ በታች የተለየ ነገር እስካልገለፁት ድረስ የአእምሮ/ የስነልቦና ህመም ምርመራ ወይም ህክምና፣ የአደንዛኝ ዕፅ እና/ ወይም የአልኮል አጠቃቀም፣ ኤች.አይ.ቪ/ ኤድስ ወይም በግብረ ሥጋ ግንኙነት የሚተላለፉ በሽታዎችን ጨምሮ ሁሉም ሚስጥራዊ መረጃዎች እንዲለቀቁ ፈቅጃለሁ።					
<input type="checkbox"/> እኔ ይህ መረጃ እንዲለቀቅ ፈቃድ አልሰጥም።					
<b>የሚያበቃበት ቀን</b>					
ይህ ፈቃድ የተለየ ነገር ካልተገለፀ በስተቀር ከዚህ በታች ከተፈረመበት ቀን ጀምሮ ከአንድ ዓመት በኋላ ጊዜው ያበቃል			/ /		
<b>እንደ ኔይሮኬር ሄልዝ ታካሚ ያሉኝ መብቶች</b>					
የጤና እንክብካቤ ጥቅሞችን (ሕክምናን፣ ክፍያ ወይም ምክንያት) ለማግኘት ይህንን ፈቃድ መፈረም እንደሌለብኝ ተረድቻለሁ። ሆኖም ዓላማው ለሰነድ ወገን የጤና አጠባበቅ መረጃን ለመፍጠር በሚፈለግበት ጊዜ በምርምር ጥናት ውስጥ ለመሳተፍ የፈቃድ ቅጽ መፈረም አለብኝ።					
ለኔይሮኬር ሄልዝ የጽሑፍ ጥያቄ በማቅረብ ይህንን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሻር እችላለሁ። ይህ የጽሑፍ ጥያቄ ከመቅረቡ በፊት በሚለቀቀው ማንኛውም መረጃ ላይ ተፈጻሚ አይሆንም።					
እንዴት የጤና እንክብካቤ መረጃ ከተለቀቀ፣ የተቀበለው ሰው ወይም ድርጅት እንደገና ሊለቀው ይችላል፣ እናም መረጃው ከዚህ በኋላ በHIPAA ወይም በሌሎች የግላዊነት ህጎች ሊጠበቅ አይችልም።					

<b>የታካሚ * ወይም ሕጋዊ አሳዳጊ ፊርማ</b>		
ከታካሚው ወይም ህጋዊ ተንከባካቢው ውጪ ባለ ሰው የተፈረመ ከሆነ እባክዎ ለመፈረም ስልጣን የሚሰጥዎን ሰነድ ያቅርቡ።		
ፊርማ:	ስም: ከታካሚው ጋር ያለ ግንኙነት:	ቀን: / /
<b>እድሜያቸው ያልደረሱ ልጆች ስምምነት (ከ13 እስከ 17 ዕድሜ ያላቸው ታዳጊዎች መረጃ እንዲለቀቅ ለመፈረም ይጠየቃሉ)።</b>		
የልጁ ፊርማ:	ስም:	ቀን: / /

\*ዕድሜያቸው 18+ የሆኑ ታካሚዎች እንዲሁም አንዳንድ እድሜያቸው ያልደረሰ ታካሚዎች የራሳቸውን የህክምና መዝገብ ቅጅ የመጠየቅ መብት አላቸው።

4/26/21