

Imię i nazwisko pacjenta : _____ Poprzednie imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____/____/____ Numer telefonu: (____) ____-____-____

UPOWAŻNIAM CHC, ABY PRZEKAZAŁO INFORMACJE DOTYCZĄCE MOJEJ OSOBY DO:

LUB UPOWAŻNIAM CHC, ABY UZYSKAŁO INFORMACJE DOTYCZĄCE MOJEJ OSOBY OD:

Nazwa: _____

Nazwa: _____

Adres (miejsowość/stan/kod pocztowy): _____

Adres (miejsowość/stan/kod pocztowy): _____

Numer telefonu: (____) ____-____ Nr faksu: (____) ____-____

Numer telefonu: (____) ____-____ Nr faksu: (____) ____-____

Jeśli chodzi o **MNIE**, wszelka dokumentacja dotycząca mojej osoby powinna zostać przekazana w następujący sposób::

Poczta Faksem (____) ____-____ Odbiór własny Poczta e-mail _____

Wszystkie wnioski dotyczące dokumentacji medycznej muszą przejść przez Dział Dokumentacji Medycznej [Medical Records]

Rodzaj informacji, które mają zostać wydane lub uzyskane, to (zaznacz odpowiednie pola i podaj dodatkowe informacje tam, gdzie jest to wskazane):

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Uwagi dot. postępu | <input type="checkbox"/> Protokoły dentystyczne, w tym zdjęcia rentgenowskie | <input type="checkbox"/> Szczepienia |
| <input type="checkbox"/> Uwagi z konsultacji | <input type="checkbox"/> Wyniki badań laboratoryjnych | <input type="checkbox"/> Wyniki badań RTG, tomografii komputerowej, MRI, USG |
| <input type="checkbox"/> Kompletna rejestracja stanu zdrowia (bez wiadomości telefonicznych) | <input type="checkbox"/> Kompletna rejestracja stanu zdrowia (z wiadomości telefonicznych) | |
| <input type="checkbox"/> Inne: _____ | | |

Data(-y) wykonania usług: Cała dokumentacja do dzisiaj **LUB** Od dnia _____ do dnia _____ Od dnia pierwszej wizyty do czasu obecnego

Dział Dokumentacji Medycznej (Medical Records) wyda Dokumentację Medyczną z ostatnich 3 lat , chyba że inne daty będą wyżej wyszczególnione

*****W przypadku, kiedy mają zostać uwzględnione informacje dotyczące nadużywania narkotyków/alkoholu, leczenia psychiatrycznego/psychoterapii lub informacje związanych z HIV/AIDS, należy zaznaczyć wszystkie pola poniżej.*****

- Nadużywanie narkotyków alkoholu* Leczenie psychiatryczne/Psychoterapia Informacje związane z HIV/AIDS

*Jeśli jednak nie chcesz ujawniać wszystkich informacji o nadużywaniu narkotyków/alkoholu, prosimy wskazać, które informacje WYKLUCZYĆ:

PODPISUJĘ NINIEJSZE UPOWAŻNIENIE Z POWODÓW:

- Prawnych Przeniesienia opieki medycznej Koordynacji opieki medycznej Przeniesienia Inne: _____

To upoważnienie wygaśnie po upływie 90 dni od daty jego podpisania, chyba że wskażę inny termin ważności lub datę poniżej:

Rozumiem, że mam prawo do odwołania upoważnienia w dowolnym momencie/ Rozumiem, że jeśli odwołam to upoważnienie, muszę to zrobić na piśmie i przedstawić swoje pisemne odwołanie w Centrum Zdrowia, Dział Dokumentacji Medycznej [Medical Records Department]. Rozumiem, że odwołanie nie dotyczy informacji, które zostały już przekazane w odpowiedzi na podstawie niniejszego upoważnienia. Rozumiem, że odwołanie nie będzie miało zastosowania do mojej firmy ubezpieczeniowej, gdy prawo zapewnia mojemu ubezpieczycielowi prawo do kwestionowania roszczenia dla mojej polisy.

Rozumiem, że gdy powyższe informacje zostaną ujawnione, mogą zostać ponownie ujawnione przez odbiorcę, i informacje te mogą nie być chronione przez federalne prawa lub przepisy dotyczące prywatności.

Rozumiem, że upoważnienie do wykorzystania lub ujawnienia zidentyfikowanych informacji jest dobrowolne. Mogę odmówić podpisania tego upoważnienia. Nie muszę podpisywać tego formularza, aby zapewnić sobie leczenie. Mogę skontaktować się z Urzędnikiem ds. Prywatności, jeśli mam pytania dotyczące moich informacji o stanie zdrowia.

Składając swój podpis poniżej potwierdzam, że przeczytałem/-am i rozumiem ten formularz upoważnienia oraz że centrum CHC ma 30 dni na udzielenie odpowiedzi na mój wniosek.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela prawnego

Data

Imię i nazwisko drukowanymi literami

Pokrewieństwo z pacjentem