

SHTEPISE SE SHENDETIT PUBLIK I MADISONIT DHE KOMUNES DANE
AUTORIZIM PER LIRIM DHE/OSE PER MARJE TE INFOMATAVE
SHENDETESORE

1. Informatat e Klientit/Pacientit

Emri i Individid/Emri i meparshem	_____	_____	()	_____
		Ditelindja (muaji/data/viti)		Numri i telefonit #
Adresa ose Boxi postal	_____	Qyteti	Shteti	Kodi postal

2. E autorizoj Shtepine e Shendetit Publik te Madisonit dhe Komunes Dane te liroj informatat shendetsore dhe rekordet mjeksore per, ose te mar informatat shendetsore dhe rekordet mjeksore prej perfaqesuesit te sherbimit mjeksor, agjensionit, organizates, ose personit te permendur ne vijim:

Perfaqesuesit te sherbimit mjeksor, agjensionit, organizates, ose personit _____ Klienti/Pacientit -Sherbyesi mjeksor numri i identifikimit# (opcionale) _____

Adresa _____ Qyteti _____ Shteti _____ Kodi postal _____ Telefoni _____

3. Une autorizoj nderrimin e informatave mjeksore gojarisht, lidhur me kujdesin dhe trajtimin ndermjet "sherbysit mjeksor te larte permendur, agjensionit, idividualit, duke perfshire "mjekun tim kujdestar dhe stafit te tij" dhe Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane (ose perfaqesues te ketij vendi) posaqerisht me infermjeren e Shtepise se Shendetit".

Emri i Infermjeres se Shtepise se Shendetit dhe numri i telefoni _____

4. Informatat mjeksore ose qeshtja specifike e shendetit per tu liruar/per tu mar/per tu kembyer

5. Perjashtimet nga kjo forme perfshijne (shenoje informaten specifike): _____

6. Arsyeya pse ky leshim i informatave po behet: (Shenoj te gjitha arsyet qe perfshihen)

Udhezim Trajtimi dhe kujdesi i vazhdueshem Paaftesi Investigim legal Diqka tjeter _____

7. Leshimi i informatave qe kerkon aprovim te posaqem: Nenshkrimi im me poshte autorizon leshimin e posaqem te informatave shendetsore lidhur me tesin, diagnozen dhe trajtimin per kategorite e zgjedhura me poshte:

Shendeti psikik Paaftesi zhvillimore Abuzimi i alkoholit dhe/ose droges SIDA

8. Data e skadimit: Ky autorizim ka efekt per nje vit, perveq nese shenohet ndryshe, dhe vazhdohet ne rekordet e ardhshme qe krijohen pas dates se nenshkrimit, date alternative, or ndodhi, perderisa trajtimet dhe sherbimet vazhdojne derisa ky autorizim ka efekt.

Data alternative/ edhe nese nuk eshte brenda nje viti: _____ ose _____
Data (muaji/data/viti) Ngarja

9. A eshte ky autorizim edhe per rekordet ne leter? Po Jo

10. Per me i leshu informatat ne rekordet ne leter per Shtepine e Shendetit Publik te Madisonit dhe Komunes Dane, dergoj/ose me fax tek: (Te lutem zgjedhe lokacionin me poshte)

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

Nenshkrimi i Klientit/Pacientit

Data (muaji/data/viti)

*Nenshkrimi i prindit te te miturit, Kujdestari ose Agenti i autorizuar.

Data (muaji/data/viti)

Te lutem pershkruaje autoritetin tuaj: _____

*Nese nenshkruhet nga prindi i te miturit, une deklaroj se nuk kam denoncuar vendosjen fizike te ketij femije ose nuk kam denoncuar aksesin e rekordeve te ketij femije. Nese jeni kujdestari, ju lutem na jepni kopjen e letrave qe deshmojne kujdestarine tuaj. Nese nenshkruhet nga agenti me Prokurori, ju lutem na jepni deshmine nga Prokuroria dhe deklaraten e paaftesise.

Referenca: Rregullorja e WI 146.82, 51.30, 252.15 dhe kerkesave te ligjit HIPAA 42 CFR pjesa 2 & 45 CFR pjesa 164.

INFORMATAT SHTOJCE LIDHUR ME PERDORIMIN DHE LIRIMIN E INFORMATAVE SHENDETSORE TE MRBOJTURA

Regulli i ligjit te Privatsise HIPAA kerkon qe Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane te sigurohen qe informatat tuaja shendetsore te mbrojtura te mbahen konfidenciale dhe te mos i lirohen askujt ose te mos perdoren nga askush pa lejen, autorizimin tuaj, ose perveq nese lejohen posaqerisht nga ligji.

Nuk jeni te obliguar te nenshkruani: Nuk jeni te obliguar te nenshkruani kete forme dhe keni te drejte te refuzoni. Perveq nese informatat e duhura jane te domosdoshme per trajtimin e nevojshem, Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane nuk do te refuzoj te ju ofroj trajtimin apo sherbimet tjera shendetesore nese ju refuzoni ta nenshkruani kete forme.

Revokimi: Keni te drejte te revokoni kete autorizim, me shkrim, ne cfare do kohe para se te skadoj. Megjithate, revokimi juaj me shkrim nuk do te kete asnje efekt ne lirimin e informatave tuaja mjeksore te cilat individi, agjensioni ose organizata e permendur ne faqen tjetere te kesaj forme tashme i ka liruar, duke u mbeshtetur ne autorizimin paraprak, para se te behej revokimi.

E drejta per te Inspektuar dhe bere kopje: Keni te drejte per te inspektuar dhe te merni kopjen e rekordeve tuaja mjeksore te cilat ne i mirembajme, duke perfshire edhe formatin elektronik te tyre. Nese kerkoni lirimin e informatave shendetesore per sherbime te metutjeshme mjeksore, nuk do kete gjobe. Ne mund te kerkojme per tu bere nje pagese e arsyeshme per coston e kopjeve dhe dergimit me poste te dokumenteve nese kerkohen per ndonje arsye tjetere.

Data e skadinit: Ky autorizim skadon ne daten e caktuar ose me ngjarjen e permendur ne kete form.

Rizbulimi i informatave: Informatat e leshuara duke zbatuar kete autorizim nuk jane te mbrojtura nga ligjet e privatesise federal duke perfshire edhe faktin qe palet qe pranojne keto informata nuk jan te obliguar me ligj per ti mbajtur konfidenciale.

Pasojat nese refuzoni te nenshkruani: Ne nuk do te ju refuzojme sherbimet nese ju refuzoni ta nenshkruani kete autorizim, por mund te limitojme se cilat sherbime mund te ju ofrojme duke mos pasur mundesine e aksesit te informatave te nevojshme per ju.

Nenshkrimet: Nese jeni te moshes 18 vjeqare ose me lart, ju jeni personi i vetem qe mund te nenshkruani kete form per te autorizuar lirimin ose zbulimin e informatave tuaja mjeksore. Nese jeni nen moshen 18 vjeqare, atehere prinderi ose kujdestari tuaj mund te nenshkruaj kete form per ju; megjithate jane shume situata ne te cilat rregulli i pergjithshem nuk aplikohet. Per me shume informata ne lidhje me kush eshte i autorizuar te nenshkruaj kete form autorizimi, kontaktoni Zyren Private te Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane.

E drejta per te bere kopje: Ju keni te drejte te beni kopjen e ketij autorizimi pasi te keni bere nenshkrimin.

Na kontaktoni: Per me shume informata lidhur me te drejten tuaj lidhur me Rregulloren e Privatesise te ligjit HIPAA dhe ligjeve tjera shtetore dhe federale, per te mare nje kopje te Rregulloreve te Privatesise se Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane, per te revokuar autorizimin, ose per te bere ndonje ankese, ju lutem ta kontaktoni personelin e privatesise se Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane ne:

Personeli per privatesi
Shtepija e Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane
210 MLK Boulevard, zyrja 507
Madison, WI 53703
Telefoni: (608) 266-4821; Faxi: (608) 266-4858; Email adresa health@publichealthmdc.com

Mund te kontaktoni Personelin per privatesi te Shtepise se Shendetit Publik te Madisonit dhe komunes Dane per te mare nje kopje te Rregullores se Privatesise ose te vizitoni web faqen tone ne <http://www.publichealthmdc.com/about> per te mare nje kopje.

1. بيانات العميل أو صاحب الحالة

الاسم أو الأسماء المعروف بها سابقاً	تاريخ الميلاد (الشهر / اليوم / السنة)	رقم الهاتف المناسب للاتصال نهاراً: ()
عنوان الشارع أو صندوق البريد:	المدينة:	الولاية:
	الرمز البريدي:	

2. أُفِّرُ بأنني قد فوّضت وكالة Public Health Madison and Dane County (وكالة الصحة العامة في مدينة ماديسون ومقاطعة دين، والمعروفة اختصاراً باسم وكالة PHMDC) بالإفصاح عن البيانات الصحية والسجلات الطبية أو تحصيلها من مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد الوارد ببيانه فيما يلي:

اسم مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد:	رقم تعريف العميل أو صاحب الحالة (اختياري):
عنوان الشارع: ()	المدينة:
	الولاية:
	الرمز البريدي:
	الهاتف:

3. أُفِّرُ بأنني أُجيز التبادل الشفهي للبيانات الطبية، ذات الصلة بخدمات الرعاية والعلاجات التي أتلقاها، بين «مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة أو الفرد المتقدم ببيانه، ومن ذلك الطبيب الذي يتولى علاجي وطاقم العاملين معه» و«وكالة PHMDC (أو مَنْ يُمثِّلها)، ومنها ممرضة الصحة العامة القائمة على رعايتي لدى الوكالة، على وجه التحديد»:

اسم ممرضة الصحة العامة ورقم هاتفها:

4. البيانات الطبية أو الحالة الصحية المحددة المرخص بالإفصاح عن المعلومات المتصلة بها أو تحصيلها أو تبادلها شفهيًا:

5. من بين الحالات المستثناة من هذا التفويض (يجب تحديد السجلات أو المعلومات المعنية في هذا الشأن):

6. المقصد من الإفصاح (يجب تحديد جميع البنود المناسبة):

الإحالة مواصلة تقديم خدمات الرعاية والعلاج تحديد أوجه الحاجات الخاصة التحقيقات القانونية غير ذلك

7. أوجه الإفصاح التي تستلزم موافقة خاصة: في توقيعي المُثبَّت أدناه إقرار بالموافقة على الإفصاح، على وجه التحديد، عن البيانات الصحية ذات الصلة باختبارات الكشف عن الفئات المُحدَّدة فيما يلي، وتشخيصها، وعلاجها:

الصحة الذهنية الحاجات الخاصة ذات الصلة بالنمو معاقرة الكحوليات أو تعاطي المخدرات، أو كلاهما فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز

8. تاريخ الانقضاء: هذا التفويض نافذ لمدة قدرها عام واحد؛ ما لم يُذكر فيه غير ذلك، ويشمل بالنفاذ السجلات التي تُنشأ بعد تاريخ التوقيع عليه، أو التاريخ المُحدَّد فيه بخلاف ذلك، أو تاريخ الواقعة المعنية به، ما دام ذلك العلاج أو تلك الخدمات مُقدَّمة في أثناء نفاذه.

التاريخ المُحدَّد في التفويض، أو تاريخ الواقعة المعنية به، بخلاف تاريخ توقيعه؛ إن لم تكن مدة التاريخ (الشهر / اليوم / السنة) أو الواقعة المعنية:

9. هل ينفذ هذا التفويض بشأن السجلات الورقية؟ نعم لا

10. لإطلاع وكالة PHMDC على السجلات الطبية الورقية، يجب إرسالها بالفاكس أو البريد إلى هذا العنوان (يُرجى التأكد من المكان الوارد ببيانه أدناه):

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

التاريخ (الشهر / اليوم / السنة)

توقيع العميل أو صاحب الحالة

التاريخ (الشهر / اليوم / السنة)

* توقيع ولي أمر القاصر المعني أو الوصي عليه أو وكيله القانوني.

يُرجى بيان الصفة القانونية:

* إذا وقَّع هذا التفويض أحد والدي القاصر المعني: أُفِّرُ بموجبه بأنني غير ممنوع من حضائنه هذا الطفل قانونًا، وبأنني غير ممنوع من الاطلاع على سجلاته. وأما إن كان الذي وقَّع هذا التفويض الوصي القانوني على هذا القاصر، فيُرجى تقديم نسخة من مستندات الوصاية النافذة في الوقت الراهن. وأما إن الذي وقَّع هذا التفويض وكيل هذا القاصر بموجب توكيل رسمي، فيُرجى تقديم نسخة من التوكيل وبيان إثبات حالة القاصر.

المرجع: المرجع: البند (146.82) والبند (51.30) والبند (252.15) من القوانين الأساسية النافذة في ولاية ويسكنسن (WI Statutes)، فضلاً عن الاشتراطات الوارد ببيانه في البند (CFR Part 2 & 45 CFR Part 164 42) من قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمعاملة بشأن ذلك (HIPAA).

معلومات أخرى بشأن أوجه استخدام البيانات الصحية المحمية والإفصاح عنها

تُوجب القاعدة النافذة بشأن حفظ الخصوصية (Privacy Rule)، في قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمساءلة بشأن ذلك (HIPAA)، على وكالة Public Health Madison and Dane County (وكالة الصحة العامة في مدينة ماديسون ومقاطعة دين، والمعروفة اختصارًا باسم وكالة PHMDC) ضرورة ضمان حفظ سرية بياناتكم الصحية المصونة وعدم الإفصاح عنها لأي أحد كان، وكذلك ضمان عدم استخدام أحد لها، من دون موافقة أو تفويض منكم بشأن ذلك؛ باستثناء ما يجيزه القانون النافذ في أحوال محددة بعينها.

عدم الإلزام بالتوقيع: ليس عليكم إلزام بتوقيع هذا النموذج؛ ويجوز لكم - من ثم - الامتناع عن توقيعه. فإذا امتنعتم عن توقيعه، فإن وكالة PHMDC ملتزمة بعدم حرمانكم من العلاج أو غيره من خدمات الرعاية الصحية التي تقدم لكم؛ ما لم تكن تلك البيانات الطبية المطلوبة لازمة بالضرورة لتمكين الوكالة من إتاحة العلاج المناسب.

إلغاء التفويض: يحق لكم إلغاء هذا التفويض، في أي وقت كان قبل انقضاء مدته، بموجب طلب مكتوب بشأن ذلك؛ على أن هذا الإلغاء المكتوب لا ينفذ بشأن بياناتكم الطبية التي كُثِفَ عنها بالفعل في الحالات التي أجازها الفرد المعني أو مقدم خدمات الرعاية الصحية أو الوكالة أو المؤسسة المعنية، وفق ما هو وارد في التفويض قبل إلغائه، ممَّا هو مُدرَج في القائمة المبينة على ظهر هذا النموذج.

حق الفحص والنسخ: يحق لكم فحص مجموعة محددة بعينها من سجلاتكم الطبية التي نحتفظ بها، ونسخها، ومن ذلك نسخها بصيغة إلكترونية. ولن تُفرض عليكم أي رسوم، إذا طلبتم الإفصاح عن البيانات الصحية بقصد تحصيل المزيد من الرعاية الطبية. غير أنه يجوز لنا أن نُحصِلَ رسوماً مستساغة مقابل نسخ مثل تلك البيانات وإرسالها بالبريد، إذا كانت مطلوبة لمقاصد أخرى.

انقضاء مدة التفويض: تنقضي مدة التفويض في تاريخ اليوم المُحدَّد فيه أو في تاريخ الواقعة الوارد بيانها في هذا النموذج.

إعادة الإفصاح عن البيانات: لا تخضع البيانات، التي يُكشَف عنها بموجب هذا التفويض، لأحكام القوانين الفدرالية النافذة بشأن حفظ الخصوصية في حدود إعفاء الجهات التي تحصيل هذه البيانات من الالتزام بوجوب حفظ سريتها بموجب القوانين النافذة بشأنها.

تبعات الامتناع عن التوقيع: نلتزم بعدم حرمانكم من الخدمات المقدمة إليكم إذا امتنعتم عن توقيع هذا التفويض؛ غير أنه من الجائز أن يكون التزامنا في هذا الشأن مقصوراً على تلك الخدمات التي يمكننا تقديمها إليكم دون تحصيل البيانات اللازم تحصيلها بشأنكم.

التوقيع: إذا كان صاحب التفويض في الثامنة عشرة من العمر أو أكبر من ذلك، فله وحده الحق في توقيع هذا النموذج بشأن التفويض بالإفصاح عن بياناته الطبية أو الكشف عنها. وأما إن كان عمره أدنى من ثمانية عشر عامًا، فيجب أن يُوقَّع هذا النموذج ولي أمره أو الوصي القانوني عليه؛ وإن كان ثمة أحوال كثيرة تُستثنى من هذه القاعدة العامة. وللإطلاع على المزيد من المعلومات بشأن مَنْ يُخَوَّل بصلاحيه توقيع نموذج التفويض هذا، يُرجى التواصل مع مكتب PHMDC Privacy Office (المكتب المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC).

حق تحصيل النسخ: يحق لكم تحصيل نسخة من هذا التفويض بعد توقيعه.

بيانات التواصل معنا: إذا أردتم الاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن الحقوق الواجبة لكم بمقتضى القاعدة النافذة بشأن حفظ الخصوصية (Privacy Rule)، في قانون نقل بيانات التأمين الصحي والمساءلة بشأن ذلك (HIPAA)، وغير من القوانين النافذة في الولاية وعلى الصعيد الفدرالي، أو إذا أردتم تحصيل نسخة من الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC، أو إلغاء التفويض، أو تسجيل الشكاوى، فيرجى التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC)، على هذا العنوان:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

الهاتف: (608) 266-4821؛ الفاكس: (608) 266-4858؛ البريد الإلكتروني:

health@publichealthmdc.com

ولتحصيل نسخة من الإخطار بخصوص الممارسات المعتمدة بشأن حفظ الخصوصية لدينا، يمكنكم التواصل مع Privacy Officer (المسؤول المعني بشؤون حفظ الخصوصية لدى وكالة PHMDC) أو زيارة موقعنا الإلكتروني:

<http://www.publichealthmdc.com/about>

1. معلومات مراجعه کننده/مريض

نام فرد/نام (های) قبلی	تاریخ تولد (سال/روز/ماه)	شماره تلفون روزانه ()
آدرس کوچه یا صندوق پستی	شهر	ایالت
	کد پستی	

2. من به PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان) اجازه می دهم که معلومات صحی و سوابق طبی را به ارائه دهنده مراقبت های صحی، آژانس، سازمان یا افراد فهرست شده در زیر منتشر کند، یا معلومات صحی و سوابق طبی را از آن دریافت کند:

نام ارائه کننده مراقبت صحی، آژانس، سازمان یا فرد

شماره شناسایی ارائه دهنده مراجعه کننده/مريض (اختیاری)

آدرس کوچه ()

شهر ایالت کد پستی تلفون

3. من اجازه تبادل معلومات شفاهی طبی در مورد مراقبت و علاج خود را بین "ارائه دهنده مراقبت صحی، آژانس، سازمان یا فرد ذکر شده در بالا، از جمله داکتر معالج من و کارکنان آنها" و "PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان یا دیگر نماینده PHMDC) صادر می کنم، به طور خاص با نرس صحت عامه من:"

نام نرس صحت عامه و شماره تلفون

4. معلومات طبی یا موضوع صحی خاص که باید منتشر شود/بدهد/آورده شود/به صورت شفاهی تبادل شود:

5. استثنائات این اجازه عبارتند از (سابقه یا معلومات را مشخص کنید):

6. هدفی که افشا برای آن انجام می شود: (همه مواردی را که قابل تطبیق هستند چک کنید)

ارجاع مراقبت و معالجه جاری (مداوم) تعیین یا تشخیص معلولیت تفتیش قانونی دیگر

7. افشای که نیاز به رضایت خاص دارد: امضای من در زیر به طور خاص اجازه انتشار معلومات صحی مربوط به آزمایش، تشخیص و علاج را برای کتگوری نشان میدهد:

صحت روانی معلولیت های رشد و نمو سوء مصرف یا مصرف بیشتر الکل و/یا مواد مخدر ایچ آی وی (HIV) و ایدز (AIDS)

8. تاریخ انقضاء: این مجوز برای یک سال قابل اعتبار است، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد، و به سوابق آینده که پس از تاریخ امضا، تاریخ یا رویداد متبادل، تا زمانیکه چنین معالجه و خدمات این مجوز تا هنوز در حالت اجرا باشد، ایجاد میشوند، گسترش می یابد.

تاریخ/رویداد متبادل اگر یک سال نیست: یا تاریخ (سال/روز/ماه)

9. آیا این مجوز برای سوابق تحریری (کاغذی) است؟ خیر بلی

10. تا سوابق طبی کاغذی را به PHMDC (صحت عامه منطقه مدیسون و دان) نشر کند، سوابق را فکس/ارسال کند به: (لطفاً موقعیت را در زیر چک کنید).

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

امضای مراجعه کننده/مريض

تاریخ (سال/روز/ماه)

* امضای والدین، سرپرست یا نماینده با صلاحیت یک خوردمسال.

تاریخ (سال/روز/ماه)

لطفاً صلاحیت خود را واضح کنید:

* اگر توسط والدین یک خوردمسال امضا شده باشد، بدینوسیله اعلام می کنم که از قرار دادن فیزیکی این کودک یا دسترسی به سوابق این کودک محروم نشده ام. اگر سرپرست هستید، لطفاً یک کاپی نامه های سرپرستی فعلی را تهیه کنید. اگر توسط یک نماینده تحت وکالتنامه امضا شده است، لطفاً یک کاپی از وکالتنامه و اظهارنامه عدم توانایی را ارائه کنید.

مرجع: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 (اساسنامه ایالت ویسکانسن)
146.82, 51.30, 252.15 و الزامات HIPAA (صحت عامه منطقه مدیسون و دان)
42, 45 & Part 2 CFR (کود مقررات فدرال بخش 2 و 45)
42, 45 & Part 164 CFR (کود مقررات فدرال بخش 164).

معلومات اضافی در مورد استفاده و افشای معلومات صحی محافظت شده

قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA (قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه صحت) از PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) میخواید تا مطمئن شوند که معلومات صحی محافظت شده شما محرمانه نگه داشته میشود و بدون رضایت، مجوز (صلاحیت) شما برای کسی فاش نمیشود یا توسط کسی استعمال نمیشود، مگر اینکه به طور خاص توسط قانون اجازه داده شود.

عدم مکلفیت به امضا: شما هیچ مکلفیتی برای امضای این فرم ندارید و میتوانید از انجام آن امتناع کنید. اگر معلومات درخواست شده برای اطمینان از معالجه مناسب ضروری نباشد، و شما از امضای این فرم امتناع کنید، PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) از ارائه خدمات معالجه یا سایر خدمات مراقبت های صحی به شما امتناع نخواهد کرد.

لغو (فسخ): شما حق دارید که این مجوز (صلاحیت) را در هر زمان قبل از پایان آن، به صورت کتبی لغو کنید. به هر حال، لغو کتبی شما برای آن فرد، اداره یا سازمان فهرست شده در سمت عقب این فرم تأثیر گزار نخواهد بود، که با اتکا به این مجوز (صلاحیت)، پیش از زمانی که شما آن را لغو کنید، افشای معلومات طبی انجام شده باشد.

حق تفتیش و کاپی: شما حق دارید یک کاپی از مجموعه سوابق طبی خود، به شمول فارمت الکترونیکی، که توسط ما نگهداری میشود، تفتیش و دریافت کنید. در صورت درخواست انتشار معلومات صحی برای مراقبت های طبی بیشتر، هیچ هزینه ای دریافت نمی شود. ما ممکن یک هزینه معقول را برای مصارف کاپی و ارسال برای اهداف دیگر طلب کنیم.

انقضاء: این مجوز (صلاحیت) در تاریخ یا در رویدادی که در این فرم مشخص شده است، منقضی می شود.

افشای مجدد معلومات: معلومات افشا شده بر اساس این مجوز (صلاحیت) توسط قوانین فدرال حفظ حریم خصوصی محافظت نمی شود تا جایی که نهادهایی که این معلومات را به دست می آورند طبق قانون ملزم به حفظ محرمانه بودن این اطلاعات نیستند.

عواقب انکار از امضا: اگر شما از امضای این مجوز (صلاحیت) انکار کنید، ما خدمات شما را رد نمی کنیم، اما ممکن در مورد خدماتی را که می توانیم بدون دسترسی به معلومات لازم در مورد شما ارائه دهیم، محدود باشیم.

امضاها: اگر شما 18 ساله هستید یا سن بیشتر دارید، شما تنها فردی هستید که می توانید این فرم را برای اجازه انتشار یا افشای معلومات طبی خود امضا کنید. اگر از 18 سال کمتر سن دارید، والدین یا سرپرست شما باید این فرم را برای شما امضا کنند؛ به هر حال، حالات زیاد وجود دارد که در آنها این قانون عمومی تطبیق نمی شود. برای معلومات بیشتر در مورد افرادی که صلاحیت امضای این فرم مجوز (صلاحیت) را دارند، با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) تماس بگیرید.

حق داشتن یک کاپی: پس از امضای این مجوز (صلاحیت)، شما حق دریافت یک کاپی از آن را دارید.

به ما تماس بگیرید: برای به دست آوردن معلومات بیشتر در مورد حقوق خود تحت قانون حفظ حریم خصوصی HIPAA (قانون قابلیت انتقال و مسئولیت بیمه صحت) و دیگر قوانین فدرال و ایالتی، برای دریافت نسخه ای از اطلاعیه حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان)، لغو مجوز، یا ثبت شکایت، لطفاً با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) در آدرس زیر تماس بگیرید:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

تلفون: (608) 266-4821; فکس: (608) 266-4858; ایمیل به این آدرس health@publichealthmdc.com

شما می توانید برای دریافت یک کاپی از اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما با افسر حریم خصوصی PHMDC (صحت عامه مدیسون و منطقه دان) تماس بگیرید یا برای یک کاپی از این وب سایت ما <http://www.publichealthmdc.com/about> دیدن کنید.

**PUBLIC HEALTH MADISON AND DANE COUNTY (PHMDC)
AUTHORIZATION TO RELEASE AND/OR OBTAIN HEALTH INFORMATION**

1. Client/Patient Information

Name of Individual/Previous Name(s)	Date of Birth (mm / dd / yyyy)	(____) _____ Daytime Phone #
Street Address or PO Box	City	State Zip

2. I authorize Public Health Madison and Dane County (PHMDC) to release health information and medical records to, OR obtain health information and medical records from, the healthcare provider, agency, organization, or individual listed below:

Name of healthcare provider, agency, organization, or individual	Client/Patient's Provider ID # (Optional)
Street Address	City State Zip (____) _____ Phone

3. I authorize verbal exchange of medical information regarding my care and treatment between "the above listed health care provider, agency, organization, or individual, including my treating physician and their staff" and "PHMDC (or other representative of PHMDC), specifically with my Public Health Nurse:"

Name of Public Health Nurse & Phone Number

4. Medical Information or Specific Health Issue to be Released/Obtained/Verbally Exchanged:

5. Exceptions to this authorization include (specify record or information): _____

6. Purpose for which the disclosure is being made: (Check all that apply)

Referral Ongoing Care and Treatment Disability Determination Legal investigation Other _____

7. Disclosures Requiring Special Consent: My signature below specifically authorizes the release of health information relating to testing, diagnosis and treatment for the following checked categories:

Mental Health Developmental Disabilities Alcohol and/or Drug Abuse HIV & AIDS

8. Expiration Date: This authorization is valid for one year, unless otherwise stated, and extends to future records created after the date of signature, alternate date, or event, as long as such treatment and services occur while this authorization is still in effect.

Alternate date/ event if not one year: _____ or _____
Date (mm / dd / yyyy) Event

9. Is this authorization for paper records? Yes No

10. To release paper medical records to PHMDC, fax/send records to: (Please check location below.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

Client/Patient Signature _____ Date (mm / dd / yyyy) _____

*Signature of Parent of a Minor, Guardian or Authorized Agent. _____ Date (mm / dd / yyyy) _____

Please describe your authority: _____
*If signed by the parent of a minor, I hereby declare that I have not been denied physical placement of this child or denied access to this child's records. If a Guardian, please provide a copy of the current Letters of Guardianship. If signed by an Agent under Power of Attorney, please provide a copy of the Power of Attorney and Statement of Incapacity.

Reference: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA requirements 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

The HIPAA Privacy Rule requires Public Health Madison and Dane County (PHMDC) to make sure that your protected health information is kept confidential and not disclosed to anyone or used by anyone without your consent, authorization, or unless specifically allow by law.

No Obligation to Sign: You are under no obligation to sign this form and you may refuse to do so. Unless requested information is necessary to ensure proper treatment, PHMDC will not refuse to provide you treatment or other health care services if you refuse to sign this form.

Revocation: You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the individual, agency or organization listed on the reverse side of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it.

Right to Inspect and Copy: You have the right to inspect and to receive a copy of a designated set of your medical records that we maintain, including in an electronic format. If you request release of health information for further medical care, no fees will be charged. We may charge a reasonable fee for the costs of copying and mailing for other purposes.

Expiration: This authorization will expire on the date or by the event indicated on this form.

Redisclosure of Information: Information disclosed pursuant to this authorization is not protected by federal privacy laws to the extent that entities obtaining this information are not required by law to keep such information confidential.

Consequences of Refusal to Sign: We will not deny you services if you refuse to sign this authorization, but we may be limited in what services we can provide you without having necessary access to information about you.

Signatures: If you are 18 years of age or older, you are the only person who can sign this form to authorize the release or disclosure of your medical information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you; however, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this authorization form, contact the PHMDC Privacy Office.

Right to a Copy: You have a right to a copy of this authorization after signing it.

Contact Us: For more information regarding your rights under the HIPAA Privacy Rule and other federal and state laws, to obtain a copy of the PHMDC Notice of Privacy Practices, to revoke an authorization, or to register a complaint, please contact the PHMDC Privacy Officer at:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

You may contact the PHMDC Privacy Officer for a copy of our Notice of Privacy Practices or visit our website at <http://www.publichealthmdc.com/about> for a copy.

1. Client/Patient-Données

_____	_____	(____) _____
Prénom et nom/autres noms	Date de naissance	Numéro de Téléphone de jour
_____	_____	_____
Rue et numéro	Ville/Commune	État Code Postal

2. J'autorise La Santé Publique de Madison et Dane County à partager l'information de santé et dossiers médicaux à, OU obtenir information de santé et dossiers médicaux du professionnel de la santé, agence ou organisation ou la personne indiquée ci-dessous:

_____	_____
Nom de Professionnel de la santé, agence, organisation ou la personne indiquée	Client/# d'identification du prestataire de soins du patient
_____	(____) _____
Ville/Commune	État Code Postal Numéro de Téléphone

3. J'autorise l'échange verbal de renseignements médicaux concernant mes soins et traitements entre "le prestataire de soins indiqué ci-dessus, agence, organisation ou individu, y compris mon médecin traitant et son équipe" et PHMDC (ou autre représentant de PHMDC), spécifiquement avec mon infirmier de la Santé Publique:"

Nom de l'infirmier de la Santé Publique et son numéro de téléphone

4. Information Médical ou Problème de Santé Particulier d'être Divulgué/Obtenu/Verbalement Échangé:

5. Les exceptions à cette autorisation comprennent (Indiquez quel document ou quel renseignement): _____

6. Objet pour lequel cette information est partagée: (Cochez toutes les cases)

Référence médicale Soins et Traitements Continus Détermination d'Invalidité Enquête Judiciaire Autre _____

7. Information nécessitant une permission spécial: Ma signature ci-dessous autorise expressément le partage d'information médicale liées au diagnostic et au traitement pour les catégories cochées suivantes:

Santé Mentale Troubles du Développement Abus de l'alcool et/ou des Drogues VIH et SIDA

8. Date d'Expiration: Cette autorisation prendra fin un an après la date de signature, sauf indication contraire, et s'étend aux futurs dossiers médicaux créés après la date de signature, la date alternative ou l'événement, tant que ces traitements et services ont lieu pendant que cette autorisation est toujours en vigueur.

Autre date/événement si pas un an: _____ ou _____
Date (mm/jour/année) événement

9. Est-ce une autorisation pour les documents papiers? Oui Non

10. Pour remettre les documents papiers a PHMDC, fax ou envoyer à: (veuillez vérifier l'emplacement indiqué ci-dessous.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

_____	_____
Client/Signature du Patient	Date (mm/jour/année)
_____	_____
*Signature du Parent d'un Mineur, Tuteur ou Agent Autorisé	Date (mm/jour/année)

Veuillez décrire votre autorité: _____
*Si signé par le parent d'un mineur, je déclare par le présent que je n'ai pas été refusé le placement physique de cet enfant ou l'accès aux dossiers de cet enfant. S'il s'agit d'un tuteur, veuillez fournir une copie des lettres de tutelle en vigueur. S'il est signé par un mandataire sous procuration, veuillez fournir une copie de la procuration et de la déclaration d'incapacité.

Référence: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA requirements 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES CONCERNANT L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES INFORMATIONS DE SANTÉ PROTÉGÉES

La règle de confidentialité exige que PHMDC s'assure que vos informations de santé protégées restent confidentielles et ne soient divulguées à personne ou utilisées par quiconque sans votre consentement, votre autorisation ou sauf autorisation expresse de la loi.

Aucune obligation de signer: Vous n'êtes pas obligé de signer ce formulaire et vous pouvez refuser de le faire. À moins que les informations demandées ne soient nécessaires pour assurer un traitement approprié, PHMDC ne refusera pas de vous fournir un traitement ou d'autres services de soins de santé si vous refusez de signer ce formulaire.

Révocation: Vous avez le droit de révoquer cette autorisation, par écrit, à tout moment avant son expiration. Cependant, votre révocation écrite n'affectera pas les divulgations de vos informations médicales que la personne, l'agence ou l'organisation indiquée au verso de ce formulaire ont déjà faites, en se fondant sur cette autorisation, avant le moment où vous la révoquez.

Droit d'inspecter et de copier: Vous avez le droit d'inspecter et de recevoir une copie d'un ensemble désigné de vos dossiers médicaux que nous conservons, y compris sous forme électronique. Si vous demandez la divulgation de renseignements médicaux pour des soins médicaux supplémentaires, aucun frais ne vous sera facturé. Nous pouvons facturer des frais raisonnables pour les frais de copie et d'envoi à d'autres fins.

Cette autorisation expirera à la date ou par l'événement indiqué sur ce formulaire.

Rediffusion d'Informations: Les informations divulguées dans le cadre de cette autorisation ne sont pas protégées par les lois fédérales sur la confidentialité dans la mesure où les entités obtenant ces informations ne sont pas tenues par la loi de garder ces informations confidentielles.

Conséquences du refus de signer: nous ne vous refuserons pas de services si vous refusez de signer cette autorisation, mais nous pouvons être limités dans les services que nous pouvons vous fournir sans avoir l'accès nécessaire aux informations vous concernant.

Signatures: Si vous avez 18 ans ou plus, vous êtes la seule personne qui peut signer ce formulaire pour autoriser la diffusion ou la divulgation de vos renseignements médicaux. Si vous avez moins de 18 ans, votre parent ou tuteur doit signer ce formulaire pour vous; cependant, il existe de nombreuses situations dans lesquelles cette règle générale ne s'applique pas. Pour plus d'informations sur les personnes autorisées à signer ce formulaire d'autorisation, contactez le bureau de la confidentialité du PHMDC.

Droit à une Copie: Vous avez le droit d'une copie de cette autorisation après l'avoir signée.

Contactez-nous: Pour plus d'informations concernant vos droits en vertu de la règle de confidentialité HIPAA et d'autres lois fédérales et étatiques, pour obtenir une copie de l'avis PHMDC sur les pratiques de confidentialité, pour révoquer une autorisation ou pour enregistrer une plainte, veuillez contacter le responsable de la confidentialité PHMDC. à:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Vous pouvez contacter le responsable de la confidentialité de PHMDC pour obtenir une copie de notre avis sur les pratiques de confidentialité ou visiter notre site Web à l'adresse:

<http://www.publichealthmdc.com/about> pour une copie.

PUBLIC HEALTH MADISON AND DANE COUNTY (PHMDC)
KEV TSO CAI MUAB MUS THIAB/LOS SIS MUAB LOS COV NTAWV KHO
MOB

1. Qhia Tus tau kev pab/Tus Neeg Mob

_____	_____	(____)
Tus neeg lub npe/cov npe dhau los	Hnub yug (mm / dd / yyyy)	Xov Tooj yav nruab hnub #
_____	_____	_____
Chaw Nyob los sis P.O.Box	Nroog	Xeev Zip

2. Kuv tso cai rau Public Health Madison and Dane County (PHMDC) muab cov ntawv kuaj mob thiab ntawv pov thawj kho mob mus rau, LOS SIS mus muab cov ntawv kuaj mob thiab ntawv pov thawj kho mob los ntawm, lub tsev kho mob, lub chaw hauj lwm, lub khoos haum, los sis tus neeg muaj npe nram qab no:

_____	_____
Lub npe tsev kho mob, lub chaw hauj lwm, lub koos haum, los sis tus	Tau kev pab/Tus Neeg Mob Tus ID # (Yog kam)
_____	(____)
Chaw Nyob	Nroog Xeev Zip Xov Tooj

3. Kuv hais lus tso cai muab cov ntawv kuaj mob ntawm kuv qhov kuaj mob thiab qhov kho mob nyob rau ntawm “ lub tsev kho mob, lub chaw hauj lwm, lub koos haum, los sis tus neeg, xam nrog rau kuv tus kws kho mob thiab lawv cov neeg ua hauj lwm” teev npe saum toj no” thiab “PHMDC (los sis tus sawv cev rau PHMDC), tshwj xeeb yog kuv tus nas maum Public Health Nurse:”

_____ **Tus na s maum PHN npe & xov tooj**

4. Cov ntawv kho mob los sis Hom Kab Mob kom Muab mus rau/Muab Los/ Hais Lus Sib Tham:

5. Tseg tsis muab rau qhov kev tso cai no yog (hom ntawv pov thawj los sis cov ntawv): _____

6. Qhov tau muab cov ntawv mus ua yog: (Kos rau txhua yam muaj feem)

Xa mus rau Kev kuaj mob thiab kev kho mob Xyuas kev piam sij Kev ua plaub ntug Lwm yam _____

7. Cov ntawv yuav tsum tau tso cai tshwj xeeb: Kuv qhov xeev npe nram qab no tsuas tso cai muab cov ntawv kuaj mob rau qhov kev kuaj xyuas, nrhiav tus kab mob thiab kev kho mob rau yam tau kos rau qhov nram qab no:

Kev Kaj Siab Kev loj hlob cob pob Kev Quav cawv/los sis yeeb tshuaj HIV & AIDS

8. Hnub tag caij nyoog: Qhov kev tso cai no kav ib xyoo, tshwj tsuas yog sau qhia, thiab txuas ntxiv sij hawm tsim cov ntawv pov thawj mus yav tom ntej tom qab hnub xee npe, rau lwm hnub, los sis qhov yuav ua, tsuav yog tseem muaj qhov kev kho thiab kev pab cuam rau lub caij qhov kev tso cai nov tseem tshuav.

Rau lwm hnub/qhov yuav ua yog tias tsis yog ib xyoos: _____ / _____
Hnub (mm / dd / yyyy) Los sis qhov yuav ua

9. Puas yog qhov kev tso cai nov rau cov ntawv pov thawj yog ntawv? Yog Tsis yog

10. Muab cov ntawv pov thawj kho mob yog ntawv rau PHMDC, fax/xa cov ntawv pov thawj rau: (Thov kos rau qhov chaw hauv qab no.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

_____ Hnub (mm / dd / yyyy)

* Niam txiv, Tus Saib Xyuas los sis Tus Tso Cai Sawv Cev Xee Npe rau tus Menyuum _____ Hnub (mm / dd / yyyy)

Thov qhia koj qhov tso cai: _____

*Yog tias niam txiv xee rau tus menyuum yaus, Kuv hais tau tias kuv tsis muaj qhov tsis kam kev tswj fwm rau tus menyuum nov los sis tsis muaj qhov tsis kam muab tus menyuum no cov ntawv pov thawj. Yog tias tus Saib Xyuas, thov muab ib daim luam ntawm cov ntawv tseem ua tus Saib Xyuas (Letters of Guardianship). Yog xee npe los ntawm ib tug sawv cev Kws Lij Choj (Power of Attorney), thov muab ib daim luam ntawm daim ntawv Sawv Cev Kws Lij Choj (Power of Attorney) thiab Daim Ntawv Teev Cov Lus Qhov Ua Tsis Tau.

Qhia Raws: WI Txoj Cai Lij Choj (Statutes) 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA qhov yuav tsum muaj 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

NTAWV QHIA NTXIV TXOG KEV SIV THIAV MUAB COV NTAWV KHO MOB RAUG TIV THAIV

Tsab Cai HIPAA Siv Yus Tug yuav tsum kom Public Health Madison and Dane County (PHMDC) ua twb zoo tiv thaiv koj cov ntawv kho mob tseg tsis pub neeg paub thiab txhob muab rau leej twg los sis tsis cia leej twg siv yog tsis tau koj kev pom zoo, kev tso cai, los sis tshwj yog txoj cai lij choj tso cai muab tau.

Tsis Tas Xee Npe Los Tau: Koj tsis tas yuav xee tsab ntawv (form) no los tau thiab koj tsis kam ua li los kuj tau. Tshwj yog yuav tsum kom tau muab cov ntawv tseem ceeb koj mus kom paub kho mob, PHMDC yuav tsis muaj qhov tsis kam muab kev kho mob los sis lwm yam kev pab kho mob rau koj yog koj tsis kam xee tsab ntawv (form) no.

Kev Rov Tsis Kam: Koj muaj cai muab tshem tawm qhov kev tso cai no, sau ntawv mus rau, thaum twg los tau ua ntej nws tag caij nyoog. Li cas los xij, koj qhov sau ntawv rov tsis kam yuav thim tsis tau koj cov ntawv kuaj mob twb yeej tau muab rau tus neeg, lub chaw hauj lwm, los sis lub koom haum teev tseg rau sab nraud ntawm tsab ntawv (form) no, nyob rau qhov kev tso cai no, ua ntej thaum koj rov tsis kam nws lawm.

Muaj Cai Kuaj thiab Luam Tau: Koj muaj cai kuaj xyuas thiab luam tau tej yam ntawm koj cov ntawv pov thawj kho mob uas peb muaj, xam nrog ib qhov ua ntawv ntaus ua (electronic format). Yog koj thov muab cov ntawv kuaj mob koj mus kho mob ntxiv, yuav tsis xam ua nqi. Peb kuj yuav xam ua ib qhov nqi tsim nyog ua nqi luam ntawv thiab xa ntawv rau lwm yam.

Tag Caij Nyoog: Tsab ntawv tso cai nov yuav tag caij nyoog rau hnuv los sis qhov tau teev tseg ntawm tsab ntawv (form) nov.

Rov Tiv Thaiv Tsis tau Cov Ntawv: Cov ntawv tau muab raws qhov kev tso cai nov tiv thaiv tsis tau nyob rau hauv tsoom fwv txoj cai lij choj yus tug (federal privacy laws) rau ntawm qhov chaw twb tau cov ntawv nov lawm raws txoj cai lij choj yuav tsis hais kom ceev cov ntawv nov tsis pub neeg paub.

Qhov Kev Raug Tsis Tuaj Yeem Xee: Peb tsis muaj qhov tsis kam muab kev pab koj yog koj tsis kam xee tsab ntawv tso cai no, tab sis yam peb yuav pab tau koj kuj tsawg yog peb tsis muaj cov ntawv tseem ceeb hais txog ntawm koj.

Kev Xee Npe: Yog tias koj muaj 18 xyoo los sis tshaj ntawd, tsuas yog koj nkaus xwb thiaj xee tau tsab ntawv no tso cai kam muab los sis mus muab koj cov ntawv kho mob. Yog tias koj hnuv nyoog qis dua 18 xyoo, koj niam thiab txiv los sis tus saib xyuas yuav tsum xee tsab ntawv nov rau koj; li cas los xij, nws muaj ntau yam hauv txoj cai no. Yog xav paub ntxiv tias leej twg thiaj tso cai xee tau tsab ntawv tso cai nov, hu rau PHMDC Privacy Office.

Muaj cai tau ib daim ntawv luam: Koj muaj cai tau ib daim ntawv luam ntawm tsab ntawv tso cai nov tom qab xee nws tag.

Mus Cuag Peb: Xav paub ntxiv txog qhov koj muaj cai hauv HIPAA Tsab Cai Yus Tug thiab lwm yam hauv tsoom fwv thiab lub xeev txoj cai lij choj (HIPAA Privacy Rule, federal and state Laws), xav tau PHMDC ib Tsab Cai Qhia Siv Yus Tug (Notice of Privacy Practices), tshem tawm ib qhov kev tso cai, los sis sau ntawv tsis txaus siab, thov mus cuag PHMDC Privacy Officer ntawm:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Koj kuj hais tau kom PHMDC Privacy Officer muab peb Tsab Cai Qhia Siv Yus Tug (Notice of Privacy Practices) rau koj los sis mus saib peb lub website ntawm <http://www.publichealthmdc.com/about/privacyPractices.cfm>. Rau ib tsab ntawv luam.

1. Amakuru y'umukiriya/umugwayi

Izina ry'umuntu /Izina(amazina) rya mbere	Itariki y'amavuko (Ukwezi / Umunsi / Umwaka)	()	Terefoni yo ku manywa #
Aderesi y'umuhanda cangwe Agasandugu ka PO	Igisagara	Reta	Zip

2. Ndemeye ko abajejwe amagara rusangi mu karere ka Madison na Dane (PHMDC) ko batanga amakuru ku magara n'ubuvuzi kuri, CANGWE kuronka amakuru ku magara n'ubuvuzi kuva kuri, ikigo kivura, ikijiji, umuryango, cangwe umuntu uvugwa hano muni:

Izina ry'ikigo kivura, ikijiji, umuryango, cangwe umuntu	# Numero y'Umukiriya/umugwayi (Ushobora kuhasimba)				
Aderesi y'umuhanda	Igisagara	Reta	Zip	()	Terefoni

3. Nemeye ko haganigwa ku makuru y'ubuvuzi ajanye no kumvura no kunyitaho hagati "abavuzwe haraguru ikigo kivura, ikijiji, umuryango, cangwe umuntu, harimwo umuvuzi wanjye n'abakozi be" na "PHMDC (cangwe abandi bahagarikiye PHMDC), vy'ubudasa n'umuforomo ujejwe amagara:"

Izina ry'umuforomo ujejwe amagara na numero ya terefoni

4. Amakuru y'ubuvuzi cangwe ingorane z'amagara yotangwa/yoboneka/yavugwako mu majambo:

5. Umwihariko kuri uru ruhusa harimwo (Vuga amakuru yihariye): _____

6. Intumbero ituma hashyigwaho kubivuga: (Cagura zose zikora)

Inama Kwitaho n'ubuvuzi bubandanya Kuvuga ubumuga Iperereza mu mategeko Indi _____

7. Kubivuga bisaba kuyemera vyihariye: Isinya yanje ikurikira yemeza neza gutanga amakuru y'amagara ajanye no gusuzuma, gupima vya cane no kuvura iyi migwi ikurikira:

Amagara yo mu mutwe Gukura k'ubumuga Inzoga na/cangwe kunwa ibiyayurabwonko Umugera wa SIDA

8. Igihe izohererako: Uru ruhusa ruzohera mu mwaka umwe, kereka bivuzwe ukundi, maze bikongegwako ku kindi gihe kizoyagwa nyuma y'itariki yo gusinya, iyindi tariki, cangwe ikindi gikogwa, igihe cose kuvugwa na serivisi bizaba mu gihe uru ruhusa rukiriho.

Indi tariki/ igikogwa niba atari umwaka: _____ Cangwe _____
Itariki (Ukwezi / Umunsi / Umwaka) Igikogwa

9. Ese uru ruhusa ni urwo kubika ikaratasi? Ego Oya

10. Gutanga ikaratasi y'amakuru yo kwivuzwa kuri PHMDC, fagisi/heza amakuru kuri: (Nyabuna reba ifasi ahakurikira.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

Isinya y'umukiriya/Umugwayi _____ Itariki (Ukwezi / Umunsi / Umwaka) _____

*Isinya y'umuvyeyi w'umwana, umurezi cangwe umuhagarariye. _____ Itariki (Ukwezi / Umunsi / Umwaka) _____

Nyabuna vuga ubushobozi bwawe: _____
*Niba yasinywe n'umuvyeyi w'umwana, ndemeza ko ntabujijwe kuronka ifasi y'uyu mwana cangwe yangiwe kuronka amakuru y'umwana. Niba umurezi, nyabuna tanga kopi y'ibaruwa iheruka yo kuba umurezi. Niba isinywe n'umuhagarariye nk'uko bigenwa n'ububasha yahawe, nyabuna tanga kopi y'ububasha wahawe n'inyandiko ivuga kudashobora.

**ANDI MAKURU AJANYE NO GUKORESHA NO KUYAGA
AMAKURU AJANYE N'AMAKURU Y'AMAGARA AKOMWE**

Itegeko yo kugumya ibanga rya HIPAA rivuga abajejwe amagara rusangi mu karere ka Madison na Dane (PHMDC) bokora ivyoshoboka amakuru y'amagara yawe akagumigwa ibanga no kutayayagira umuntu we wese cangwe akoreshwa n'umuntu we wese utavyemeye, uruhusa gwawe, cangwe bivuzwe n'itegeko.

Ntusabwa gusinya: Ntuhatiwe gusinya iyi fishi ndetse wokwanga kubikora. Keretse amakuru asabwe ari ingenzi cane mu kugira ngo avurwe, PHMDC ntiyokwanga kukuvura cangwe izindi serivisi zo kuvura niba wanse gusinya iyi fishi.

Kwambura uruhusa: Ufise agateka ko kwambura uruhusa, mu nyandiko, igihe cose mbere y'uko ihera. Nyamara, kwambura uruhusa mu nyandiko ntivyogira inkurikizi mu kuvuga amakuru yo kuvura amwe umuntu, ikijiji cangwe umuryango yarondowe inyuma y'iyi fishi yavuzwe, hagendewe kuri uru ruhusa, mbere y'igihe ubambuye uruhusa.

Iteka ryo gucencura no gufata kopi: Ufite agateka ko gucencura no kwakira kopi y'amakuru yo kwivuzwa dufite, harimwo ayo mw'ikoranabuhinga. Niba wasavye gutanga amakuru y'amagara kugira uvurwe vyimbitse, nta garama uzasabwa. Twagusaba igarama risanzwe ku igarama ryo gukora kopi no gutuma ubutumwa ku yindi migambi.

Izohera: Uru ruhusa ruzohera ku itariki cangwe mu igihe cyavuzwe muri iyi fishi.

Kongera kuvuga amakuru: Amakuru yayazwe yemewe n'uru ruhusa ntakingiwe n'amategeko yo kugumya amabanga ya leta kugeza ku bigo vyobona aya makuru ntisaba itegeko kugira igumye ibanga.

Ingaruka zo kwanka gusinya: Ntuzokwimwa serivisi niba wanse gusinya uru ruhusa, ariko twokwikoma muri serivisi twoguheza tudafise amakuru akwerekaye.

Amasinya: Niba ufise imyaka 18 cangwe kurenzaho, ni wewe wenyene wosinya iyi fishi kugira wemeze guheza cangwe kuyaga amakuru yawe y'amagara. Niba uri muni y'imyaka ya 18, umuvyeyi cangwe umurezi agomba gusinya iyi fishi yawe; nyamara, hariho vyinshi vyoba aho iri tegeko rusangi ntibikora. Ku makuru yandi arebana n'ukwiye gusinya iyi fishi y'uruhusa, hamagara ibiro vy'ubugumya banga vya PHMDC.

Iteka ryo kuronka kopi: Ufise iteka ryo kuronka kopi y'uru ruhusa nyuma yo gusinya iyi.

Duhamagare: Ku makuru yandi arebana n'amateka yawe avugwa n'itegeko ry'ubugumya banga bwa HIPAA n'andi mategeko ya leta nkuru n'into, kugira uronke kopi y'itangazo ryo gukora ubugumya banga, kwambura uruhusa, cangwe kwandikisha ukwidoga, nyabuna hamagara ibiro vy'ubugumya banga vya PHMDC kuri:

Iburo vy'ubugumya banga
Abajejwe amagara mu karere ka Madison na Dane
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Terefoni: (608) 266-4821; Fagisi: (608) 266-4858; imeri kuri health@publichealthmdc.com

Urashobora guhamagara ibiro vy'ubugumya banga vya PHMDC kugira uronke kopi y'itangazo ryo gukora ubugumya banga cangwe usure urubuga gwacu kuri <http://www.publichealthmdc.com/about>

१. ग्राहक/ विरामी वारे जानकारी

व्यक्ति को नाम/ अधिल्लो नाम	जन्म मिति (महिना/दिन/साल)	()	दिन को समय फोन #
बाटो ठेगाना वा पीओ बक्स	शहर	राज्य	जिप

२. म पब्लिक हेल्थ मेडिसन एंड डेन काउन्टी (PHMDC) लाई स्वास्थ्य सेवा दिने चिकित्सक, एजेन्सी, संस्था वा व्यक्ति हरु बाट स्वास्थ्य जानकारी र मेडिकल रेकर्ड हरु प्राप्त गर्न वा स्वास्थ्य जानकारी र मेडिकल रेकर्ड हरु जारी गर्न अनुमति प्रदान गर्दै छु : स्वास्थ्य सेवा दिने चिकित्सक, एजेन्सी, संस्था, वा व्यक्ति को नाम तला सुचिबद्ध गरिए को छ।

एजेन्सी, संस्था, वा व्यक्ति को नाम तला सुचिबद्ध _____ ग्राहक/बिरामी को चिकित्सक को परिचय पत्र # (वैकल्पिक) _____

बाटो ठेगाना _____ शहर _____ राज्य _____ जिप _____ फोन () _____

३. म मेरो हेरचाह र उपचारको बारेमा "माथि सूचीबद्ध स्वास्थ्य सेवा प्रदायक, एजेन्सी, संस्था वा व्यक्ति, मेरो उपचार गर्ने चिकित्सक र उनी हरु का कर्मचारी हरु" र "PHMDC (वा PHMDC का अन्य प्रतिनिधि हरु), विशेष गरी मेरो पब्लिक हेल्थ नर्स" बीच स्वास्थ्य जानकारी को मौखिक आदान प्रदानको अनुमति दिदै छु _____

पब्लिक हेल्थ नर्स को नाम र फोन नम्बर _____

४. चिकित्सा जानकारी वा स्वास्थ्य सम्बन्धि विशेष समस्या जारी / प्राप्त / मौखिक रूपमा आदान प्रदान: गर्न को लागि :

५. यस अनुमति मा केहि अपवादहरू समाहित छ (रेकर्ड वा जानकारी खुलाउनुस) _____

६. उद्देश्य जस को लागि खुलासा गर्नु परी रहेको छ (लागु हुने सबै मा चिन्ह लगाउनुस)

अरु ठाउँ बाट पठाइएको चलि रहेको उपचार र हेरचाह असक्षमता निर्धारण कानूनी अनुसन्धान अन्य _____

७. खुलासा हरु गर्न को लागि विशेष अनुमति चाहिन्छ : तला मेरो हस्ताक्षर ले विशेष गरि निम्न प्रकार का परिक्षण, निदान र उपचारसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्ने अधिकार दिन्छ:

मानसिक स्वास्थ्य बढ्दो असक्षमता रक्सी र/वा लागूपदार्थ दुरुपयोग एचआईभी र एड्स (HIV & AIDS)

८. म्याद समाप्त हुने मिति : यो अनुमति एक वर्षको लागि मान्य छ, अन्यथा उल्लेख नगरेसम्म, र हस्ताक्षरको मिति, वैकल्पिक मिति, वा घटना पछि सिर्जना गरिएका भविष्यका अभिलेखहरूमा विस्तार हुन्छ, जबसम्म यस्तो उपचार र सेवाहरू भई रहन्छ यो प्राधिकार अझै प्रभावकारी रहन्छ।

वैकल्पिक मिति/घटना एक वर्ष होइन भने : _____ वा _____
मिति (महिना/दिन/साल) _____ घटना _____

९. के यो अनुमति कागज रेकर्ड हरु को लागि हो ? हो होइन

१०. कागज मा भए को मेडिकल रेकर्डहरू PHMDC लाई जारी गर्न, फ्याक्स / रेकर्डहरू पठाउन को लागि : (कृपया तलको स्थान चयन गर्नुहोस्)

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

ग्राहक/बिरामीको हस्ताक्षर _____ मिति (महिना/दिन/वर्ष) _____

* नाबालिग को अभिभावकको हस्ताक्षर, संरक्षक वा अधिकृत एजेन्ट। _____ मिति (महिना/दिन/वर्ष) _____

कृपया आफ्नो अधिकारको वर्णन गर्नुहोस्

* यदि नाबालिगको अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने, म यस द्वारा घोषणा गर्दछु कि, मलाई यो बच्चा शारीरिक रूप ले राख्नु वा रेकर्ड हेर्न का लागि अस्वीकार गरिएको छैन। यदि तपाईं एक अभिभावक हो भने, कृपया हालको अभिभावकत्व पत्रहरूको प्रतिलिपि उपलब्ध गर्नुहोस्। यदि पावर अफ अटर्नी अन्तर्गत एजेन्ट द्वारा हस्ताक्षर गरिएको छ भने, कृपया पावर अफ अटर्नी र अक्षमता को बयानको प्रतिलिपि उपलब्ध गर्नुहोस्।

थप जानकारी सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी को प्रयोग र खुलासा बारे

हिपा (HIPPA) गोपनीयता नियमानुसार आवश्यक रूप ले पब्लिक हेल्थ मेडिसिन एंड डेन काउन्टी (PHMDC) सुनिश्चित गर छ कि तपाईंको सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारी गोप्य राखे को छ र कसैलाई खुलासा गरिएको छैन वा तपाईंको सहमति बिना, वा विशेष गरी कानून द्वारा अनुमति नभएसम्म कसैले प्रयोग गर्दैन।

हस्ताक्षर गर्न कुनै बाध्यता छैन : तपाईं यो फारममा हस्ताक्षर गर्न बाध्य हुनुहुन्न र तपाईंले त्यसो गर्न अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ। उचित उपचार सुनिश्चित गर्न अनुरोध गरिएको जानकारी आवश्यक नभएसम्म, यदि तपाईंले यो फारममा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्नुभयो भने PHMDC ले तपाईंलाई उपचार वा अन्य स्वास्थ्य सेवाहरू प्रदान गर्न अस्वीकार गर्ने छैन।

खारेज : तपाईं संग यो प्राधिकार समाप्त हुनु अघि कुनै पनि समयमा लिखित रूपम रद्द गर्ने अधिकार छ। यद्यपि, तपाईंको लिखित खारेजी ले तपाईंको चिकित्सा जानकारी को कुनै खुलासा लाई असर गर्दैन, तपाईं ले यसलाई खारेज गर्नु भन्दा अघि, यस प्राधिकार मा भर पर्दै, फारम को पछिलो पाना मा व्यक्ति, संस्था वा एजेन्सी सूचीबद्ध गरिसकेको छ।

निरीक्षण र प्रतिलिपि को अधिकार : तपाईं सँग हामीले राखे का तपाईंको मेडिकल रेकर्डहरू मा तोकिएको विवरण को निरीक्षण र प्रतिलिपि, इलेक्ट्रोनिक रूप सहित प्राप्त गर्न अधिकार छ। यदि तपाईं थप चिकित्सा हेरचाहको लागि स्वास्थ्य जानकारी जारी गर्न अनुरोध गर्नुहुन्छ भने, कुनै शुल्क लाग्ने छैन। हामीले अन्य उद्देश्यका लागि प्रतिलिपि र हुलाक बाट पठाउन उचित लागत शुल्क लिन सक्छौं।

म्याद समाप्ति : यो प्राधिकार फारम मा तोकिए को मिति वा यस मा संकेत गरिएको काम पछि समाप्त हुनेछ

सूचना को पुनः खुलासा: यस प्राधिकार बमोजिम खुलासा गरिएको जानकारी संघीय गोपनीयता कानून हरु द्वारा सुरक्षित छैन साथै यो जानकारी प्राप्त गर्ने संस्थाहरूलाई कानूनले त्यस्तो जानकारी गोप्य राख्न आवश्यक छैन भन्ने हदसम्म।

हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार को परिणाम : यदि तपाईंले यो प्राधिकार मा हस्ताक्षर गर्न अस्वीकार गर्नुभयो भने हामी तपाईंलाई सेवाहरू दिनु अस्वीकार गर्ने छैनौं, तर तपाईंको बारेमा आवश्यक जानकारी पहुँच बिना हामीले तपाईं लाई प्रदान गर्न सक्ने सेवाहरू सीमित हुन सक्छौं।

हस्ताक्षर : यदि तपाईं १८ वर्ष वा माथिको हुनुहुन्छ भने, तपाईं एक मात्र व्यक्ति हो जसले तपाईं को चिकित्सा जानकारी जारी वा खुलासा को धिकार दीन यो फारम मा हस्ताक्षर गर्न सक्नु हुन्छ। यदि तपाईं १८ वर्ष भन्दा कम उमेरको हुनुहुन्छ भने, तपाईंको आमाबाबा वा अभिभावकले तपाईंको लागि यो फारममा हस्ताक्षर अवश्य गर्नुपर्छ; यद्यपि, त्यस्ता धेरै परिस्थितिहरू छन् जसमा यो मान्य नियम लागू हुँदैन। थप जानकारी को लागि यस प्राधिकार फारम मा हस्ताक्षर गर्न कसलाई अधिकार दिइएको छ भन्ने बारे मा, PHMDC गोपनीयता कार्यालय मा सम्पर्क गर्नुहोस्

प्रतिलिपि को अधिकार : हस्ताक्षर गरि सके पछि तपाईं सँग यो औपचारिक स्वीकृति को प्रतिलिपि पाउन अधिकार छ।

हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्: हिपा (HIPPA) गोपनीयता नियम र अन्य संघीय र राज्य कानून अन्तर्गत तपाईंको अधिकार हरू बारे थप जानकारीको लागि, गोपनीयता अभ्यासहरूको पी एच एम डी सी (PHMDC) सूचनाको प्रतिलिपि प्राप्त गर्न, औपचारिक स्वीकृति रद्द गर्न, वा उजुरी दर्ता गर्न, कृपया PHMDC गोपनीयता अधिकारी लाई तला दिए को ठेगाना मा सम्पर्क गर्नुहोस्:

गोपनीयता अधिकारी
पब्लिक हेल्थ मेडिसिन र डेन काउन्टी
२१० मार्टिन लुथर किङ्ग ब्लुवार्ड, रूम ५०७
मेडिसन WI ५३७०३
फोन : (६०८)२६६-४८२१; फ्याक्स : (६०८) २६६-४८५८;
ई-मेल गर्नुस health@publichealth.com

तपाईंले हाम्रो गोपनीयता अभ्यास हरूको सूचनाको प्रतिलिपि को लागि PHMDC गोपनीयता अधिकारी लाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ वा हाम्रो वेबसाइटमा जानुहोस्।

<http://www.publichealthmdc.com/about>

د عامې روغتیا میډیسن او ډین کاونټي (PHMDC)
د صحي معلوماتو د خپرولو او/یا ترلاسه کولو واک

1. د پیروونکي/ناروغ معلومات

د فرد نوم /مخکیني نوم	() د زېږیدو نیټه (mm / dd / yyyy)
د سرک پته یا PO بکس	د ورځي تلفون #
د سرک آدرس	تلفون ()
ښار	زېږ
ښار	ریاست
ښار	زېږ

2. زه د عامې روغتیا میډیسن او ډین کاونټي (PHMDC) ته اجازه ورکوم چې روغتیايي معلومات او طبي ریکارډونه خپاره کړي، یا د روغتیايي معلوماتو او طبي ریکارډونو ترلاسه کول، د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي، ادارې، سازمان، یا لاندې لیست شوي فرد څخه:

د پیروونکي/مریض چمتو کونکي ID # (اختیاري)	د روغتیا پاملرنې چمتو کونکي نوم، ادارې، سازمان، یا فرد
د سرک آدرس	تلفون ()
ښار	زېږ
ښار	ریاست
ښار	زېږ

3. زه اجازه ورکوم چې زما د پاملرنې او درملنې په اړه د طبي معلوماتو لفظي تبادلې د "پورتني لیست شوي روغتیا پاملرنې چمتو کونکي، ادارې، سازمان، یا فرد، په بل استازي، په ځانگړي توگه زما د عامې روغتیا نرس سره: "PHMDC (یا د PHMDC شمول زما د معالج ډاکټر او د دوی کارمندانو" او "

د عامې روغتیا د نرس نوم او د تلفون شمېره

4. طبي معلومات یا ځانگړي روغتیا مسله باید خپره شي/تر لاسه شي/په لفظي توگه تبادلې شي:

5. د دې اختیار استثنایي شاملې دي (ریکارډ یا معلومات مشخص کړئ):

6. هغه هدف چې د هغې لپاره افشا کيږي: (ټول هغه وگورئ چې پلي کيږي)

نور قانوني څیړنه د معلولیت معلومول دوامداره پاملرنه او درملنه حواله

7. افشا کول چې ځانگړي رضایت ته اړتیا لري: لاندې زما لاسلیک په ځانگړي ډول د لاندې چک شوي کټگوریو لپاره د ازموینې، تشخیص او درملنې پورې اړوند روغتیايي معلوماتو خپرولو ته اجازه ورکوي:

AIDS او HIV الکول او/یا د مخدره توکو ناوړه گټه اخیستنې پرمختیايي معلولیتونه دماغی روغتیا،

8. د ختمیدو نیټه: دا اختیار د یو کال لپاره اعتبار لري پرته لدې چې بل ډول ویل شوي وي او د لاسلیک نیټې، بدیل نیټې یا پېښې وروسته رامینځته شوي راتلونکي ریکارډونو ته غزیري، تر هغه چې دا ډول درملنه او خدمات پېښ شي پداسې حال کې چې دا واک لاهم نافذ وي.

بدیل نیټه / پېښه که یو کال نه وي: _____ یا _____

پېښه

(mm / dd / yyyy نیټه)

نه هو

9. ایا دا د کاغذ ریکارډونو لپاره اجازه لري؟

10. PHMDC ته د کاغذ طبي ریکارډونو خوشي کولو لپاره، ریکارډونه فکس کړئ / دي ته واستوئ: (مهرباني وکړئ لاندې ځای وگورئ.)

210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858

2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858

2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858

د پیروونکي / ناروغ لاسلیک

(mm / dd / yyyy نیټه)

د کوچني، سرپرست یا مجاز اجنټ د مور او پلار لاسلیک.*

(mm / dd / yyyy نیټه)

مهرباني وکړئ خپل واک بیان کړئ: *که د یو کوچني د مور او پلار لخوا لاسلیک شوی وي، زه دلته اعلان کوم چې زه د دې ماشوم فزیکي ځای پرځای کولو څخه منع شوی يم یا د دې ماشوم ریکارډونو ته د لاسرسۍ څخه منع شوی يم. که ساتونکی وي، مهرباني وکړئ د سرپرستی د اوسني لیکونو یوه کاپي چمتو کړئ. که چیرې د څارنوال لخوا لاسلیک شوی وي، نو مهرباني وکړئ د څارنوالی د واک او د وړتیا بیان یوه کاپي چمتو کړئ

حواله: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA; اړتیاوي CFR 42 برخه 45 & 2 برخه 164.

د کارولو او افشا کولو په اړه اضافي معلومات د خوندي روغتیا معلوماتو

د HIPAA د محرمیت قانون د عامې روغتیا میډیسن او ډین کاونټي (PHMDC) ته اړتیا لري ترڅو ډاډ ترلاسه کړي چې ستاسو خوندي روغتیايي معلومات محرم ساتل کيږي او هیچا ته نه افشا کيږي یا د هرچا لخوا ستاسو د رضایت ، اجازې پرته ، یا پرته لدې چې په ځانگړي ډول د قانون لخوا اجازه ورکړل شي. د لاسلیک کولو لپاره هیڅ مکلفیت نشته: تاسو د دې فورمې لاسلیک کولو مکلف نه یاست او تاسو ممکن د دې کولو څخه انکار وکړئ. پرته لدې چې غوښتل شوي معلومات د مناسبې درملنې ډاډ ترلاسه کولو لپاره اړین وي، PHMDC به تاسو ته د درملنې یا نورو روغتیايي خدماتو چمتو کولو څخه انکار ونه کړي که تاسو د دې فورمې لاسلیک کولو څخه انکار وکړئ. لغوه کول: تاسو حق لرئ چې دا واک په لیکلي ډول، هر وخت مخکې له دې چې پای ته ورسیري، لغوه کړئ. په هر صورت، ستاسو لیکلي لغوه کول به ستاسو د طبي معلوماتو په افشاء کولو اغیزه ونکړي چې د دې فورمې په شا کې لیست شوي فرد، اداره یا سازمان لا دمخه د دې واک په انحصار کې، مخکې له دې چې تاسو یې لغوه کړئ.

د معاینې او کاپي حق: تاسو حق لرئ چې د خپل طبي ریکارډونو ټاکل شوي سبب معاینه کړئ او یوه کاپي ترلاسه کړئ چې مور یې ساتو، په شمول د بریښنايي بڼه. که تاسو د نورو طبي پاملرنې لپاره د روغتیا معلوماتو خوشې کولو غوښتنه وکړئ، هیڅ فیس به نه اخیستل کيږي. مور ممکن د نورو موخو لپاره د کاپي کولو او لیرولو لگښتونو لپاره مناسب فیس ولرو.

پای ته رسیدل: دا اختیار به د نیتي یا په دې فورمه کې بنودل شوي پېښې پای ته ورسیري.

د معلوماتو بیا افشا کول: هغه معلومات چې د دې اختیار سره سم افشا شوي د فدرالي محرمیت قوانینو لخوا خوندي ندي تر هغه حده چې دا معلومات ترلاسه کونکي ادارې د قانون له مخې اړین ندي چې دا ډول معلومات محرم وساتي.

د لاسلیک کولو څخه د انکار پایلې: مور به ستاسو خدمتونه رد نه کړو که تاسو د دې واک لاسلیک کولو څخه انکار وکړئ، مگر مور ممکن محدود یو چې کوم خدمتونه چې مور کولی شو تاسو ته درکړو پرته له دې چې ستاسو په اړه معلوماتو ته اړین لاسرسی ولرو.

لاسلیکونه: که تاسو 18 کلن یا ډیر عمر لرئ، تاسو یوازینی کس یاست چې کولی شئ دا فورمه لاسلیک کړئ ترڅو ستاسو د طبي معلوماتو خپرولو یا افشا کولو اجازه ورکړي. که تاسو د 18 کلونو څخه کم عمر لرئ، ستاسو مور او پلار یا سرپرست باید ستاسو لپاره دا فورمه لاسلیک کړي؛ په هر صورت، ډیری حالتونه شتون لري چې په هغه کې دا عمومي اصول نه پلي کيږي. د دې په اړه د نورو معلوماتو لپاره چې څوک د دې اختیار ورکولو فورمه لاسلیک کولو واک لري، د PHMDC محرمیت دفتر سره اړیکه ونیسئ.

د کاپي حق: تاسو د دې سند لاسلیک کولو وروسته د کاپي حق لرئ.

مور سره اړیکه ونیسئ: د HIPAA د محرمیت قانون او نورو فدرالي او دولتي قوانینو لاندې ستاسو د حقونو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، د PHMDC د محرمیت طرز العملونو د خبرتیا یوه کاپي ترلاسه کولو لپاره، د واک د لغوه کولو لپاره، یا د شکایت ثبتولو لپاره، مهرباني وکړئ د PHMDC د محرمیت افسر سره اړیکه ونیسئ:

د محرمیت افسر

د عامې روغتیا میډیسن او ډین کاونټي

210 MLK Blvd., Room 507

میډیسن WI 53703

تلیفون: (608) 266-4821؛ فاکس: (608) 266-4858؛ بریښنالیک په health@publichealthmdc.com

محرمیت افسر سره اړیکه ونیسئ یا زموږ PHMDC تاسو کولی شئ زموږ د محرمیت طرز العملونو خبرتیا کاپي لپاره د <http://www.publichealthmdc.com/about> ویب پاڼه وگورئ

1. Информация о клиенте

Имя и фамилия клиента/Прежние имена и фамилии клиента	Дата рождения (мм/дд/гггг)	() Телефон	
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс

2. Я разрешаю Органам Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) раскрывать медицинскую информацию и медицинские записи ИЛИ получать медицинскую информацию и медицинские записи от поставщика медицинских услуг, агентства, организации или лица, указанных ниже:

Название/Имя и фамилия поставщика медицинских услуг, агентства, организации или лица	Идентификатор поставщика			
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс	() Телефон

3. Я разрешаю устный обмен медицинской информацией относительно моего ухода и лечения между вышеперечисленными поставщиком медицинских услуг, агентством, организацией или лицом, включая моего лечащего врача и его сотрудников и Органами Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) (или представителем Органов Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн), в частности, с моей медсестрой общественного здравоохранения:

Имя и фамилия медсестры общественного здравоохранения и номер телефона

4. Медицинская информация или конкретная проблема со здоровьем, подлежащая разглашению/получению/устному обмену:

5. Исключения из этого разрешения включают (укажите запись или информацию):

6. Причина раскрытия информации (Отметьте все, что годится)

- Направление Текущий уход и лечение Определение инвалидности Юридическое расследование Другое _____

7. Раскрытие информации, требующее специального согласия. Моя подпись ниже конкретно разрешает раскрытие медицинской информации, касающейся тестирования, диагностики и лечения для следующих категорий (Поставьте галочку.):

- Психическое здоровье Порок развития Алкогольная и/или наркотическая зависимость ВИЧ-инфекция и СПИД

8. Срок годности. Это разрешение действительно в течение одного года, если не указано иное, и распространяется на будущие записи, созданные после даты подписания, альтернативной даты или события, при условии, что такие лечение и услуги осуществляются, пока это разрешение все еще действует.

Альтернативная дата/событие, если не один год: _____ от _____
дата (мм/дд/гггг) событие

9. Это разрешение на бумажные записи? Да Нет

10. Чтобы раскрыть бумажные медицинские записи Органам здравоохранения города Мэдисон и округа Дейн (PHMDC) по факсу или по почте, используйте ниже указанный адрес: (Пожалуйста, выберите адрес ниже.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
Fax: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
Fax: (608) 266-4858 |
|--|--|---|

Подпись клиента/пациента _____ Дата (мм/дд/гггг) _____

* Подпись родителя несовершеннолетнего, опекуна или уполномоченного представителя _____ Дата (мм/дд/гггг) _____

Пожалуйста, опишите ваши полномочия: _____

*Если подписано родителем несовершеннолетнего, я настоящим заявляю, что мне не было отказано в физическом размещении этого ребенка или доступе к записям этого ребенка. Если опекун, пожалуйста, предоставьте копию действующего письма об опекунстве. В случае подписания агентом по доверенности, пожалуйста, предоставьте копию доверенности и заявления о недееспособности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ ЗАЩИЩАЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ

Правило конфиденциальности HIPAA требует, чтобы Органы Здравоохранения Города Мэдисон и Округа Дейн (PHMDC) обеспечивали конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации, не раскрывали ее никому и не использовали ее без вашего согласия, разрешения или если это не разрешено законом.

Вы не обязаны подписывать. Вы не обязаны подписывать этот документ и можете отказаться это делать. Если запрашиваемая информация не является необходимой для обеспечения надлежащего лечения, Органы здравоохранения города Мэдисон и округа Дейн (PHMDC) не откажет вам в предоставлении лечения или других медицинских услуг, если вы откажетесь подписать этот документ.

Отзыв. Вы имеете право отозвать это разрешение в письменной форме в любое время до его окончания. Однако ваш письменный отзыв не повлияет на любое раскрытие вашей медицинской информации, которое лицо, агентство или организация, указанные на обратной стороне этого документа, уже сделали, полагаясь на это разрешение, до того, как вы его отозвали.

Право на просмотр и получение копии. Вы имеете право прочитать и получить копию указанного набора ваших медицинских записей, которые мы храним, в том числе в электронном формате. Если вы запрашиваете предоставление медицинской информации для дальнейшего медицинского обслуживания, плата не взимается. Мы можем взимать разумную плату за расходы на копирование и отправку по почте для других целей.

Срок действия. Это разрешение истечет в день (или событие), указанный в этом документе.

Повторное раскрытие информации. Информация, раскрытая в соответствии с этим разрешением, не защищена федеральными законами о конфиденциальности в той мере, в какой лица, получающие эту информацию, не обязаны по закону сохранять конфиденциальность такой информации.

Последствия отказа подписать. Мы не откажем вам в услугах, если вы откажетесь подписать это разрешение, но мы можем быть ограничены в том, какие услуги мы можем предоставить вам, не имея необходимого доступа к информации о вас.

Подписи. Если вам 18 лет или больше, вы являетесь единственным лицом, которое может подписать эту форму, чтобы разрешить разглашение или раскрытие вашей медицинской информации. Если вам еще не исполнилось 18 лет, ваш родитель или опекун должен подписать эту форму за вас; однако во многих случаях это общее правило неприменимо. Для получения дополнительной информации о том, кто уполномочен подписывать эту форму авторизации, обратитесь в отдел конфиденциальности PHMDC.

Право на копию. Вы имеете право на получение копии этого разрешения после его подписания.

Свяжитесь с нами. Для получения дополнительной информации о ваших правах в соответствии с Правилom конфиденциальности HIPAA и другими федеральными законами и законами штата, чтобы получить копию Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности PHMDC, отозвать разрешение или зарегистрировать жалобу, обратитесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности PHMDC по адресу:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703

телефон: (608) 266-4821; Факс: (608) 266-4858
имейл: health@publichealthmdc.com

Вы можете обратиться к сотруднику по вопросам конфиденциальности PHMDC, чтобы получить копию нашего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности, или посетить наш веб-сайт по адресу <http://www.publichealthmdc.com/about> чтобы получить копию.

1. 客户/病人信息

个人姓名/曾用名	出生日期 (月/日/年)	()	电话
街道地址或邮政信箱	城市	州	邮递区号

2. 我授权麦迪逊和戴恩郡公共卫生局 (PHMDC) 向下列 医务提供者, 代理, 机构或个人披露或获取健康信息和医疗记录 :

医务提供者, 代理, 机构或个人姓名	委托人/病人的医生身份号 ID# (可选)			
街道地址	城市	州	邮递区号	电话 ()

3. 我授权上述医务提供者, 代理, 机构或个人, 其中包括我的主治医生和他们的医务人员与 PHMDC(或 PHMDC 其他代表, 尤其是我的公共卫生护士: “公共卫生护士姓名和电话号”)之间就我的护理和治疗方面的相关医疗信息进行口头交流。

公共卫生护士姓名和电话号

4. 需要公布/获取/口头交流的医疗信息或具体健康问题 :

5. 本份授权的例外情况包括 (请说明记录或信息) : _____

6. 披露医疗信息的目的: (勾选所有适用的答案)

推荐 进一步就医治疗 残疾合格评判 法律调查 其它 _____

7. 披露信息需要特别同意: 以下我的签名特意授权公布下面勾选的项目相关的检测, 诊断和治疗:

心理健康 发育障碍 酒精和/或药物滥用 人体免疫缺损病毒和爱滋病

8. 有效日期: 本份授权有效期为一年, 除非另有说明, 而且, 只要同类治疗和服务发生在本份授权有效期间, 签字日期和备选日期之后所产生的将来医疗记录均可使用本份授权。

备选日期/事件 (如果不是一年) : _____ 或 _____
日期 (xx 月 xx 日 xxxx 年) 事件

9. 本份授权用于纸张记录吗? 是 否

10. 向 PHMDC 公布纸张医疗记录, 传真/发送至: (请勾选以下地点)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
传真: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
传真: (608) 266-4858 | <input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
传真: (608) 266-4858 |
|---|---|--|

客户/病人 签名 _____ 日期 (xx 月 xx 日 xxxx 年)

未成年人的父母、监护人或授权代理人签名。 _____ 日期 (xx 月 xx 日 xxxx 年)

请说明您获得的授权: _____

*如果作为未成年人的父母签名, 我特此声明, 本人未曾被剥夺实际抚养该名子女的权利, 也没有被禁止接触该名子女的记录。如果是监护人, 请提供一份有效的监护证书。如果根据授权委托书作为代理人签名, 请提供授权委托书和无能力声明的副本。

参考资料: WI 法规 146.82, 51.30, 252.15 及 HIPAA 要求 42 CFR 第 2 和 45 节 CFR 第 164 节。

使用及披露受保护健康资料的其他相关信息

HIPAA 隐私权条例规定麦迪逊和戴恩郡卫生局 (PHMDC) 确保为您受保护的健康信息保密，未经本人同意和授权不得披露或被任何一方使用，除非法律特别允许。

没有签名义务： 您没有义务一定要签署本份授权书，完全可以拒绝签名。除非适当治疗需要要有要求提供的资料，否则 PHMDC 不会因为您拒绝签署本份授权书，就拒绝向您提供治疗或其他保健服务。

撤销授权： 在授权到期之前，您有权随时书面撤销此份授权。但是，您的书面撤销要求不会影响撤销之前已经根据本份授权向本授权书背面列出的个人、机构或组织披露您的医疗信息。

审查和复印的权利： 您有权审查和接受由我们保存所指定的您的医疗信息的复印件，其中包括电子邮件。为了进一步治疗 您要求披露医疗信息，不收取费用；如作其他用途 则收取合理的复印费和邮寄费。

到期日： 此授权书到期日是本表上指明的日期。

信息的再次披露： 根据本份授权书的规定, 那些索取本信息的单位由于法律不要求他们为此类信息保密，披露给他们的医疗信息不再受联邦隐私法保护。

拒绝签名的后果： 我们不会因为您拒绝签署本份授权书而否决向您提供服务，但是不能获取您相关的健康信息，我们对您的服务也会受到限制。

签名： 如果您年满 18 岁或大于 18 岁，您是唯一能签署本表的人，授权公布或披露您的医疗资料。如果您未满 18 岁，您的父母或监护人必须代您签名。但是，在很多情况下这个常用规则并不适用，如需了解何人有权签署本份授权书，请联系 PHMDC 隐私权办公室，电话号码是 608-266-4821。

获得副本的权利： 您有权在签署本份授权书后得到一份副本。。

联系我们： 如需了解更多 HIPAA 隐私权规定和其它联邦及州政府的法律中您的权利有关信息，获取一份 PHMDC 隐私权惯例的通知，撤销一份授权书，或登记一个投诉，请联系 PHMDC 隐私权官员，联系信息如下：

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

You may contact the PHMDC Privacy Officer for a copy of our Notice of Privacy Practices or visit our website at <http://www.publichealthmdc.com/about> for a copy.

**SALUD PÚBLICA DE MADISON Y EL CONDADO DE DANE
AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN Y/O LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN
MÉDICA**

1. Información del cliente/paciente (Client/Patient Information)

_____ Nombre de la persona/nombres anteriores	_____ Fecha de nacimiento (mm/ dd/ aaaa)	(____) _____ Teléfono	
_____ Dirección o Apartado Postal	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal

2. Yo autorizo a Salud Pública de Madison y el Condado de Dane (PHMDC) a entregar información y registros médicos, o adquirir información y registros médicos, de la proveedora de salud, agencia, organización o persona listada abajo:

_____ Nombre de la proveedora de salud, persona, agencia u organización	_____ Núm. de ID del cliente/paciente (Opcional)			
_____ Dirección	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal	(____) _____ Teléfono

3. Yo autorizo el intercambio verbal de información médica referente a mi cuidado y tratamiento entre "la proveedora de salud, entidad, organización o persona antes mencionados, incluyendo al doctor que me trata y su personal" y "PHMDC (u otro representante del PHMDC), específicamente con mi enfermera de Salud Pública":

Nombre y teléfono de la enfermera de Salud Pública

4. Información o problema médico específico para ser difundido/obtenido/intercambiado verbalmente:

5. Excepciones a esta autorización incluyen (especifique el registro o la información): _____

6. Propósito por el cual se libera la información médica: (Marque los que correspondan)

Referidos
 Tratamiento o Atención actual
 Determinación de discapacidad
 Investigación legal
 Otro _____

7. Declaraciones que requieren consentimiento especial: Mi firma abajo, autoriza expresamente la emisión de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de las siguientes categorías marcadas:

Salud mental
 Discapacidades del desarrollo
 Alcoholismo o drogadicción
 VIH y SIDA

8. Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida por un año a menos que se indique lo contrario, y se extiende a los registros futuros creados después de la fecha de la firma, la fecha alternativa, o evento, siempre y cuando dicho tratamiento y servicios ocurran mientras esta autorización sigue vigente.

Fecha alternativa /evento, si no es por un año: _____ or _____
Fecha (mm /dd /aaaa) Evento

9. ¿Es esta autorización para los registros en papel? Sí (Yes) No

10. To release paper medical records to PHMDC, fax/send records to: (Please check location below.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

 Firma del cliente/paciente

 Fecha (mm /dd /aaaa)

 * Firma del padre/madre/tutor legal*/agente autorizado

 Fecha (mm /dd /aaaa)

Por favor describa su autoridad: _____
 *Si lo firma uno de los padres del menor, yo declaro que no se me ha negado la custodia de este niño o denegado el acceso a sus registros. Si es un tutor legal, por favor proporcione una copia de las cartas corrientes de tutela. Si es firmado por un Agente con poder legal, por favor provea una copia del poder notarial y la declaración de incapacidad.

Reference: WI Statutes 146.82, 51.30, 252.15 & HIPAA requirements 42 CFR Part 2 & 45 CFR Part 164.

**INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON EL USO Y DIVULGACION
DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**
(ADDITIONAL INFORMATION REGARDING USE AND DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)

El Reglamento de la Privacidad HIPAA exige al PHMDC (Salud Pública de Madison y el Condado de Dane) asegurar que su información de salud protegida se mantenga confidencial y no se revele a nadie ni sea utilizada por cualquier persona sin su consentimiento, autorización, a menos que se lo permita específicamente la ley.

No hay obligación de firmar: Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. A menos que la información solicitada sea necesaria para garantizar el tratamiento adecuado, el PHMDC no se negará a darle ningún tratamiento u otros servicios de atención médica si usted se niega a firmar este formulario.

Revocación: Usted tiene el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que se venza. Sin embargo, su revocación por escrito, no afectará a ninguna de las entregas de su información médica realizadas por la persona, agencia u organización que figura en el reverso de este formulario, basándose en esta autorización, antes del momento de su revocación.

Derecho a examinar y copiar: Usted tiene el derecho de examinar o copiar un conjunto designado de sus expedientes médicos que mantenemos, incluso en formato electrónico. Si usted solicita la declaración de la información de salud para más atención médica, no se le cobrará nada. Si es para otros fines, es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos de copia y envío.

Vencimiento: Esta autorización se vence en la fecha o el evento indicado en este formulario.

La divulgación de la información: La información divulgada conforme a esta autorización no está protegida por las leyes federales de privacidad, otras entidades que obtengan esta información no están obligadas por ley de mantener dicha información confidencial.

Consecuencias por negarse a firmar: Nosotros no vamos a negarle servicios si usted se niega a firmar esta autorización, pero podemos estar limitados en los servicios que podemos ofrecerle, sin tener acceso necesaria a su información.

Firmas: Si usted tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona que puede firmar este formulario para autorizar la divulgación o entrega de su información médica. Si usted es menor de 18 años, uno de sus padres o el tutor debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no se aplica. Para obtener más información sobre quién está autorizado para firmar esta autorización, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad del PHMDC.

Derecho a una copia: Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de haberla firmado.

Póngase en contacto con nosotros: Para más información sobre sus derechos bajo el reglamento de Privacidad HIPAA y otras leyes federales y estatales, para obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del PHMDC, para revocar una autorización, o para presentar una queja, comuníquese con el Encargado de Privacidad del PHMDC:

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Teléfono: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Puede comunicarse con el Encargado de Privacidad del PHMDC para obtener una copia de nuestro Aviso de la Política de Privacidad o visitar nuestro sitio web:
www.publichealthmdc.com/documents/PrivacyPracticesNotice-SP.pdf.

**AFYA YA UMMA MADISON NA KAUNTI YA DANE
IDHINI YA KUTOA NA/AU KUPATA TAARIFA ZA AFYA**

1. Taarifa ya Mteja/Mgonjwa

_____	_____	() _____
Jina la Mtu binafsi/Majina ya Awali	Tarehe ya Kuzaliwa	Simu ya Mchana #
_____	_____	_____
Anwani ya Mtaa au Sanduku la Posta	Mji	Jimbo Namba ya Posta

2. Ninaidhinisha Afya ya Umma ya Madison na Kaunti ya Dane kutoa maelezo ya afya na rekodi za matibabu kwa, AU kupata maelezo ya afya na rekodi za matibabu kutoka, mtoa huduma wa afya, wakala, shirika, au mtu binafsi aliyeorodheshwa hapa chini:

_____	_____
Jina la mtoa huduma, wakala, shirika, au mtu binafsi	Nambari ya kitambulisho cha Mteja/Mtoa huduma wa mgonjwa#(Hiari)
_____	() _____
Anwani ya Mtaa	Mji Jimbo Namba ya Posta Simu

3. Ninaidhinisha ubadilishanaji wa taarifa ya matibabu kuhusu utunzaji na matibabu yangu kati ya "mhudumu wa afya aliyeorodheshwa hapo juu, wakala, shirika, au mtu binafsi, ikijumuisha daktari wangu anayenitibu na wafanyikazi wao" na "PHMDC (au mwakilishi mwingine wa PHMDC), hasa na Muuguzi wangu wa Afya ya Umma:"

Jina la Muuguzi wa Afya ya Umma na Nambari ya Simu

4. Taarifa za Matibabu au Suala Maalum la Afya Litatolewa/Kupatikana/Kubadilishana kwa Maneno:

5. Isipokuwa kwa idhini hii ni pamoja na (bainisha rekodi au taarifa): _____

6. Kusudi ambalo ufichuzi unafanywa (Weka alama kwa yote yanayotumika)

Rejeshwa Utunzaji na Matibabu zinazoendelea Uamuzi wa ulemavu Uchunguzi wa kisheria Nyingine _____

7. Ufichuzi unaohitaji idhini Maalum Sahihi yangu hapa chini inaidhinisha hasa kutolewa kwa ya afya taarifa ya afya yanayohusiana na upimaji, utambuzi na matibabu kwa yaliyowekwa alama kwenye kategoria zifuatazo:

Afya ya Akili Ulemavu wa Kimaendeleo Pombe na/au Matumizi Mabaya ya Dawa za Kulevya VVU na UKIMWI

8. Tarehe ya Mwisho ya Matumizi Uidhinishaji huu ni halali kwa mwaka mmoja, isipokuwa ikiwa imeelezwa vinginevyo, na unaenea hadi rekodi za siku zijazo zilizoundwa baada ya tarehe ya sahihi, tarehe mbadala au tukio, mradi tu matibabu na huduma kama hizo zifanyike wakati uidhinishaji huu ungali inatumika.

Tarehe / tukio mbadala ikiwa si mwaka mmoja: _____ Au _____

Tarehe (mm / tt / mmmm) Tukio

9. Je, hii ni idhini ya rekodi za karatasi? Ndio Hapana

10. Ili kutoa rekodi za matibabu kwa PHMDC, faksi/tuma rekodi kwa: (Tafadhali angalia eneo hapa chini.)

<input type="checkbox"/> 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507 Madison, WI 53703-3346 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2705 E. Washington Ave. Madison, WI 53704 Fax: (608) 266-4858	<input type="checkbox"/> 2300 S. Park St., Rm. 2010 Madison, WI 53713 Fax: (608) 266-4858
--	--	---

Sahihi ya Mteja/Mgonjwa Tarehe (mm / tt / mmmm)

*Sahihi ya Mzazi wa Mtoto Mdogo, Mlezi au Wakala Aliyeidhinishwa. Tarehe (mm / tt / mmmm)

Tafadhali eleza mamlaka yako: _____

*Ikiwa imetiwa sahihi na mzazi wa mtoto mdogo, ninathibitisha kwamba sijakataliwa kumweka mtoto huyu kimwili au kunyimwa ufikiaji wa rekodi za mtoto huyu. Ikiwa wewe ni Mlezi, tafadhali toa nakala ya Barua za Ulezi za sasa. Ikiwa imetiwa sahihi na Wakala chini ya Mamlaka ya Wakili, tafadhali toa nakala ya Mamlaka ya Wakili kutokuwa uwezo wa taarifa.

Rejelea: Sheria za WI 146.82, 51.30, 252.15 & mahitaji ya HIPAA 42 CFR Sehemu ya 2 & 45 CFR Sehemu ya 164.

TAARIFA YA ZIADA KUHUSU MATUMIZI NA UFICHUZI WA TAARIFA ZILIZOLINDWA ZA AFYA

Kanuni ya Faragha ya HIPAA inahitaji Afya ya Umma ya Madison na Kaunti ya Dane (PHMDC) kuhakikisha kuwa maelezo yako ya afya yanayolindwa yanawekwa siri na hayafichuliwi kwa mtu yeyote au kutumiwa na mtu yeyote bila idhini yako, uidhisho, au isipokua inaruhusiwa na sheria mahususi.

Hakuna Wajibu wa kutia Sahihi: Huna wajibu wa kutia sahihi kwenye fomu hii na unaweza kukataa kufanya hivyo. Isipokuwa taarifa iliyoombwa ni muhimu ili kuhakikisha matibabu ya kutosha, PHMDC haitakataa kukupa matibabu au huduma nyingine za afya iwapo utakataa kutia sahihi kwenye fomu hii.

Kuondoa Idhini: Una haki ya kuondoa uidhinishaji huu, kwa maandishi, wakati wowote kabla ya kutamatika. Hata hivyo, utoaji wako wa idhini kwa kutumia maandishi hautaathiri ufunuo wowote wa maelezo yako ya matibabu kwa mtu binafsi, wakala au shirika lililoorodheshwa kwenye upande wa nyuma wa fomu hii tayari wamefanya, kutegemea na idhini hii, kabla ya muda wa kubadilisha idhini.

Haki ya kukagua na kunakili: Una haki ya kukagua na kupokea nakala ya seti maalum ya rekodi zako za matibabu ambazo tunahifadhi, ikiwa pamoja na muundo wa kielektroniki. Ukiomba kutolewa kwa maelezo ya afya kwa ajili ya matibabu zaidi, hakuna ada itakayotozwa. Tunaweza kutoza ada inayofaa kwa gharama ya kunakili na kutuma barua kwa madhumuni mengine.

Tarehe ya mwisho ya matumizi: Uidhinishaji huu utakoma kutumika mnamo tarehe au kwa tukio lililoonyeshwa kwenye fomu hii.

Ufichuaji upya wa Taarifa: Taarifa iliyofichuliwa kwa mujibu wa uidhinishaji huu hailindwi na sheria za faragha za shirikisho kwa kiwango ambacho huluki zinazopata taarifa hizi hazitakiwi kisheria kuweka taarifa kama hizo kuwa siri.

Matokeo ya kukataa kutia sahihi: Hatutakunyima huduma ukikataa kutia sahihi uidhinishaji huu, lakini tunaweza kuwa na kikomo katika huduma ambazo tunaweza kukupa bila kuwa na ufikiaji muhimu wa taarifa kukuhusu.

Sahihi: Ikiwa una umri wa miaka 18 au zaidi, wewe ndiye mtu pekee ambaye unaweza kutia sahihi fomu hii ili kuidhinisha kutolewa au kufichuliwa kwa taarifa yako ya matibabu. Ikiwa uko chini ya umri wa miaka 18, mzazi au mlezi wako lazima atie sahihi fomu hii kwa niaba yako; hata hivyo, kuna hali nyingi ambazo sheria hii ya jumla haitumiki. Kwa maelezo zaidi kuhusu ni nani aliyeidhinishwa kutia sahihi fomu hii ya uidhinishaji, wasiliana na Ofisi ya Faragha ya PHMDC.

Haki ya nakala: Una haki ya kupata nakala ya uidhinishaji huu baada ya kutia sahihi.

Wasiliana Nasi: Kwa taarifa zaidi kuhusu haki zako chini ya Kanuni ya Faragha ya HIPAA na sheria nyingine za shirikisho na serikali, ili kupata nakala ya Notisi ya PHMDC ya Mazoea ya Faragha, kubatilisha uidhinishaji, au kusajili malalamiko, tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha wa PHMDC kwa:

Afisa wa Faragha
Afya ya Umma Madison na Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Nambari ya Simu: (608) 266-4821; Faksi: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

Unaweza kuwasiliana na Afisa wa Faragha wa PHMDC kwa nakala ya Ilani yetu ya Utendaji wa Faragha au tembelea tovuti yetu katika <http://www.publichealthmdc.com/about> kwa nakala.