

د لاسرسي/د معلوماتو ورکولو اجازه

د ناروغ نوم: _____ (تخلص) _____ (نوم) _____ (د مينځني نوم لومړي ټکي) _____ (کورنی نوم/بل نوم)

د زيږون نېټه: _____ تېلېفون: _____ برېښنالیک: _____

مکمل آدرس (سرک يا پوست بکس لمبر، ښار، آیالت، زيپ) _____

دا معلومات د دې لاندې موخې لپاره کارول کيږي: شخصي استعمال دوامداره پاملرنه قانوني معيوبیت د کاکرانو کمپ د بيمې په شرايطو برابرې/مرستي د ټولنيز امنيت کارت نور _____

زه پدې توگه د بيل نيو هيون روغتيا/د بيل ميډيسين نهاد (نهادونو) ته اجازه ورکوم چې لاندې يې نومونه ليکل شوي دي

چې زما د طبي ریکارد څخه معلومات دې لاندې نهاد ته ورکړي: دې لاندې نهاد څخه معلومات ترلاسه کړي: _____

نوم: _____ تېلېفون: _____

آدرس: _____ ښار/آیالت: _____ زيپ کود: _____

فکس (اختياري): _____ برېښنالیک (اختياري): _____

که چيرې طبي معلومات په YNHHS کې د ناروغ د درملنې لپاره د يوه بهرني چمتو کونکي/نهاد څخه غوښتل کيږي، نو مهرباني وکړئ د طبي معلوماتو ليرولو لپاره د YNHHS د موقعيت نوم ورکړئ: _____

د YNHHS چمتو کونکي نوم: _____

مکمل آدرس: _____

فکس لمبر: _____ د تېلېفون لمبر: _____

د معلوماتو شريکولو میتود: مای چارټ (باید فعال حساب ولري) اخیستل مهرباني وکړئ په نښه کړئ چې تاسې غواړئ څنگه اړیکه در سره ونیول شي کله چې د اخیستلو لپاره چمتو اوسئ: _____

لیک فکس خوندي برېښنالیک عاجل څانگه د ډاکټر د دفتر/کلینیک څخه لیدنه بل ډول

د لیدلو نوع: داخه بستري ناروغانو د جراحي عاجل څانگه د ډاکټر د دفتر/کلینیک څخه لیدنه بل ډول

موقعیت: د بيل نيو هيون روغتون (د پارک سرک ودانۍ/سانټ رافايل ودانۍ/د سمیلو پاملرنې مرکزونه)

د بريځپورټ روغتون گرينويچ روغتون

د NEMG چمتو کونکي نوم: _____

د بيل ميډيسين چمتو کونکي نوم: _____

د خدمت نېټه (نېټې): _____

غوښتل شوي طبي معلومات: _____

د طبي ریکارد اقتباس (تاریخچه او فزیکي معاینه، د اخراج لنډيز، د ډاکټر راپور، د ED راپور، او پراتيو راپور، پتالوژي راپور، د لابرتوار پایلي، د رادیولوژي راپور)

<input type="checkbox"/> تاریخچه او فزیکي معاینه/ HP	<input type="checkbox"/> د لابرتوار پایلي	<input type="checkbox"/> د سټریس ټیسټ	<input type="checkbox"/> د ډاکټر راپور
<input type="checkbox"/> د اخراج لنډيز/ DS	<input type="checkbox"/> د رادیولوژي راپور	<input type="checkbox"/> ایکوکارډیوگرام/ EKG	<input type="checkbox"/> کلینیک/د دفتر یادداشتونه
<input type="checkbox"/> عاجل لیدني/ ED	<input type="checkbox"/> د پتالوژي راپور	<input type="checkbox"/> د سږو د فعالیت ټیسټ	<input type="checkbox"/> د درملو نوملړ
<input type="checkbox"/> اوپراتيو/د پروسیجر راپور	<input type="checkbox"/> د مصنویت او معافیت ریکارد	<input type="checkbox"/> د PT/OT د وینا یادداشتونه	<input type="checkbox"/> نور _

مکمل طبي ریکارد (پشمول د ټولو پورتنی مواردو، جمع د رنځور پالني یادداشتونو، فرعي یادداشتونو، او رضایتونو. د رنځور پالني د جریان شپیتونو ایستل غیر لدې که په ځانگړې توگه يې غوښتنه شوې وي).

نوملړ لرونکی بیل _____ د رادیولوژي عکسونه: _____

مهرباني وکړئ نېټه او نوع يې یادداشت کړئ



*** د ایچ.آی.وی (HIV) چلند روغتیا - نشه ییز توکو/الکول معلومات چې پورته ښودل شوي طبي ریکاردونو کې موجود وي هغه به د دې اجازې له مخې ورکړل شي غیرلدي که چېرې لاندې په بل ډول ښودل شوي وي. (هغه طبي ریکاردونه چې محافظت شوي لاندیني معلوماتو څخه کوم ولري هغه هم باید د ناروغ لخوا لاسلیک شي که چېرې د 13 کلونو کوچنی یا دې څخه ډیر عمر لرونکی وي، په استثنا د چلند روغتیا، چې پدې کې هم د ناروغ لخوا اجازې ته اړتیا ده که چېرې د 16 کلونو کوچنی یا دې څخه ډیر عمر لرونکی وي.) ***

په نښه کړی چې کوم څه تاسې نه غواړئ چې ستاسې د نوم د لومړیو ټکو سره ورکړل شي:

HIV _____ د نشه ییز توکو استعمال (چې پدې کې د الکول او نشه ییز توکو کارول شامل دي) _____ د حمل معاینه _____ ژنتیک معاینه _____
د چلند روغتیا/رواني روغتیا _____ د جنسي مقاربت له لارې تیریدونکي ناروغي _____ نور (مهرباني وکړئ وې لیکئ) _____

زه پوهیږم چې:

- دا اجازه د لاندې نیتي څخه د یو کال لپاره اعتبار لري. زه پوهیږم چې وروسته لدې چې زه دا فورمه لاسلیک کړم، زه کولی شم خپل ذهن بدل کړم او په تحریري ډول د YNHHS د معلوماتو ورکولو خدماتو سره اړیکه نیولو له لارې هر وخت خپله دا اجازه رد (لغوه) کړم. د اجازې لغوه کول به هغه معلوماتو باندې پلي نشي چې واردمخه د دې اجازې له مخې ورکړل شوي دي.
- د دې اجازې په ځواب کې شریک شوي معلومات به د ترلاسه کونکي لخوا د بیاځل شریکولو سره مخ وي، او نور بیا د دې اجازې د مواردو یا د فدرال د محرمانیت مقرراتو له مخې نشي محافظت کېدی. په هرصورت، بل آیالت یا فدرالي قانون ممکن د ځانگړي محافظت شوي معلوماتو شریکولو څخه ترلاسه کونکی منع کړي لکه د نشه ییز توکو د استعمال د درملني معلومات، د HIV/ایډز اړوند معلومات، او د رواني/ذهني روغتیا معلومات.
- دا چې دا اجازه داوطلب ده او د YNHHS/بیل میډیسن لخوا زما درملني په هیڅ ډول مشروط کړي ندې چې آیا زه دا اجازه لاسلیک کړم که لاسلیک یې نه کړم او دا چې زه کولی شم د دې لاسلیک کول رد کړم. که زه دا فورمه لاسلیک نکړم، نو د دې پاملرنې او درملني لپاره تادیه به یوازې پدې صورت کې اغیزمنه شي که چېرې زما د روغتیا یې پاملرنې بېمه کونکی دا معلومات غواړي او د دې اجازې د اخیستلو جواز ولري.
- د غوښتنې له مخې، که چېرې زه یې غوښتنه وکړم زه کولی شم پدې فورمه کې شرح شوي معلوماتو بیاکننه وکړم یا کاپي یې کړم. د کونیکتیکت قانون مطابق د کاپیانو لگښت شتون لري.
- والدین یا قانوني سرپرست باید دا اجازه لاسلیک کړي که چېرې ناروغ کوچنی ماشوم (د 18 کلونو څخه عمر لرونکی) وي غیر لدې که چېرې ریکاردونه درملني (درملنو) پورې تړلي وي د کوم لپاره چې کوچنی ماشوم د CT آیالت قانون له مخې رضایت ورکوي. که چېرې د HIV، چلند روغتیا، د نشه ییز توکو/الکول معلومات د 13 کلن یا لوی ناروغ لپاره شامل کړی شي، نو ماشوم باید هغسې لاسلیک وکړي چې پورته ذکر شوي.

مکمل شوي اجازه د لیک، فکس یا بریښنالیک له لارې لاندې ټاکلي آدرس ته بیرته ولیږئ. دې آدرس ته طبي ریکاردونه مه لیږئ.

Yale New Haven Health
Health Information Management
Release of Information Services
PO Box 9565
New Haven, CT 06535

د لیرولو آدرس:

203-688-4645	برېښنالیک: releaseofinfo-Hosp@ynhh.org	د YNHHS روغتون فکس لمبر:
203-200-1286	برېښنالیک: releaseofinfo-NEMG@ynhh.org	د NEMG چمتو کونکي فکس لمبر:
203-200-1287	برېښنالیک: releaseofinfo-YM@ynhh.org	د YM چمتو کونکي فکس لمبر:

د طبي ریکاردونو لپاره منظم غوښتنې عموماً د 10 کاري ورځو په لړ کې پروسس کیږي. د مراجعه کونکي د خدماتو استازي سره اړیکه نیولو لپاره، مهرباني وکړئ 203-688-2231 ته تلیفون وکړئ.

نېټه:

چاپي نوم:

د والدین یا د مجاز استازي لاسلیک
**باید د جواز ثبوت وړاندې کړي (په استثنا د ماشوم والدین)

مهرباني وکړئ د ناروغ سره اړیکه چیک کړئ

پخپله والدین قانوني سرپرست اجرا کونکی/د آیالت روغتیا پاملرنې مدیر استازی ساتونکی
 بل مجاز قانوني استازی _____ (په نښه یې کړئ)

نېټه

د ماشوم لاسلیک (که د تطبیق وړ وي)

د ماشوم چاپي نوم (که د تطبیق وړ وي)

