

اطلاعیه کاربرد حفظ حریم خصوصی

تایید دریافت

تایید دریافت

من می فهمم که اطلاعیه کاربرد حفظ حریم خصوصی اطلاعاتی درمورد چگونگی امکان استفاده و افشای اطلاعات پزشکی توسط اورنج کانتی و اینکه چطور من میتوانم به اطلاعات دسترسی پیدا کنم و استفاده از حقوق در مورد اطلاعات سلامتی و پزشکی من ارائه می دهد.

اداره مراقبت های سلامت و بهداشت اورنج کانتی در اقداماتی که به دسترسی، مبادله یا استفاده از اطلاعات الکترونیکی شما اختلال ایجاد می کند، همکاری نمی کند، مگر اینکه توسط قانون الزامی باشد و یا آنکه در استثنای مسدود کردن اطلاعات الکترونیکی شما مشخص شود.

اطلاعیه کاربرد حفظ حریم خصوصی ما می تواند عوض بشود. اگر ما اطلاعیه خود را عوض کنیم، شما میتوانید یک نسخه از اطلاعیه تجدید نظر شده را از وب سایت <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> و یا با تماس با دفتر نظارت و ارزیابی به شماره تلفن (714) 568-5614 و یا با افسر خصوصی کانتی با شماره 834-4082 (714) ان را دریافت کنید.

اگر شما هر گونه سوالی در مورد اطلاعیه کاربرد حفظ حریم خصوصی ما دارید لطفا با با دفتر نظارت و ارزیابی به شماره تلفن

568-5614 (714) و یا با افسر خصوصی کانتی با شماره 834-4082 (714) تماس بگیرید.

من دریافت بروشور اطلاعیه کاربرد حریم خصوصی اورنج کانتی را تایید می کنم.

نام مراجعه کننده: _____ تاریخ: _____

امضا: _____

(مراجعه کننده / والدین / مراقب / سرپرست)

اگر خود مراجعه کننده نیستید اما از طرف مراجعه کننده امضا می کنید، موارد زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده شخصی مراجعه کننده: _____

رابطه شما با مراجعه کننده: _____

مشارکت تبادل اطلاعات بهداشتی OPT-IN (مگر اینکه افشای آن توسط قانون الزامی باشد)

تبادل اطلاعات بهداشتی (HIE) به ما این امکان را می دهد که اطلاعات شما را به صورت الکترونیکی با سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی خارج از مرکز خود که در مراقبت از شما مشارکت دارند، به اشتراک بگذاریم. اگر می خواهید این فرایند را انتخاب کنید، در صورت لزوم برای درمان، اطلاعات شما را با دیگر ارائه دهندگان خدمات به شما به اشتراک می گذاریم. اگر می خواهید در هر زمانی پس از انتخاب خود از این فرایند انصراف دهید، لطفا با ارائه دهنده خود تماس بگیرید.

در صورت انتخاب در مشارکت، حروف اول نام و نام خانوادگی مراجعه کننده در کادر زیر مورد نیاز است.

	بیمار/مراجعه کننده در این انتخاب OPT-IN شرکت میکند.
--	---

If the client has elected to opt-in to the HIE, the Authorization to Use and Disclose (ATD) is required to be completed to share PHI in the HIE.

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if signature is not obtained. Please check the box that best applies.

☐

Declined to sign

☐

Other reason. Please describe the good faith efforts made to obtain the patient's/client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below:

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____
(County Clinic/Office Staff)