

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 روغتیایي معلومات او طبي ریکارډونه خپاره کړي، یا د روغتیایي معلوماتو او طبي ریکارډونو ترلاسه کول، د روغتیا پاملرني چمتو کونکي، ادارې، سازمان، یا لاندې لیست شوي فرد څخه:

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

3. زه اجازه ورکوم چې زما د پاملرني او درملني په اړه د طبي معلوماتو لفظي تبادلې د "پورتني لیست شوي روغتیا پاملرني 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 درملني پورې اړوند روغتیایي معلوماتو خپرولو ته اجازه ورکوي:

AIDS او HIV  الکول او/یا د مخدره توکو ناوړه گټه اخیستنې  پرمختیایي 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](mailto: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