

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

AUTORIZIM PËR ZBULIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR TË MBROJTUR

Faqja 1 nga 2

- ☐ Community Healthlink
 ☐ HealthAlliance-Clinton Hospital
 ☐ Harrington Hospital
 ☐ UMass Memorial Medical Center
☐ UMass Memorial Medical Group | Location: _____
 ☐ Harrington Physicians | Location: _____

Ju lutemi printoni të gjithë informacionin në mënyrë të qartë në mënyrë që kërkesa juaj të procesohet në kohën e duhur.

INFORMACION PËR PACIENTIN

Emri i Pacientit: _____

Data e Lindjes: _____ Rekord Mjekësor #: _____

Adresa e Rugës: _____ P.O. Box / Apt. # / Suita #: _____

Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi Postar: _____

Telefon i Preferuar #: _____

Unë autorizoj formalisht subjektin e përzgjedhur më sipër, punonjësit dhe/ose agjentët e tij që të (ZGJIDH NJË):

- ☐ **Kërkoni & Merrni** informacion nga ofruesi/organizata e kujdesit shëndetësor të specifikuar më poshtë.
☐ **Lëshoni** informacion nga kartela mjekësore e pacientit të përmendur më lart **tek** marrësi i specifikuar më poshtë.
☐ Shënoni këtu nëse rekordet duhet t'i dërgohen me postë pacientit në adresën e mësipërme, përndryshe plotësoni informacionin e mëposhtëm:

Emri: _____

Adresa e Rugës: _____ P.O. Box / Apt. # / Suita #: _____

Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi Postar: _____

Telefon i Preferuar #: _____

QËLLIMI I LËSHIMIT TË KËTJË INFORMACIONI ËSHTË PËR:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Konsultë me Specialist | ☐ Avokat/ Çështje Legale | ☐ Komunikim Verbal |
| ☐ Transferimi i Kujdesit të Mjek/e i/e Ri/e | ☐ Paftësi/ Aplikatë Siguracioni/Kërkesë | ☐ Përdorim Personal |
| ☐ Kujdesdhënësi | ☐ TJETËR (specifiko): _____ | ☐ Para-punësim |

JU LUTEM PLOTËSONI INFORMACIONIN MË POSHTË (Zgjidhni një):

Vizit(a) Individuale Ju lutemi, zgjidhni kutinë "Përmbledhje" ose "Data e Vizitës së Plotë". Lëshimi juaj do të përfshijë një:

- ☐ **Përmbledhje të Konsultës.** Përfshin elementët kryesorë të një date(ash) specifike vizite, duke përfshirë: raportet, testimin diagnostikues (laboratorët, radiografitë, Elektrokardiogram-at (EKG), testimet e funksionit pulmonar (PFT), listën e barnave të verifikuar, alergjitë dhe raportet e transkriptuara të mjekut). Një përmbledhje përmban informacionin më të zakonshëm të kërkuar dhe është më pak i kushtueshëm.
☐ **Konsulta të Plotë.** Përfshin secilin dhe të gjithë dokumentacionin që lidhet me një datë(at) e një vizite specifike. **Ju lutemi përfshini datën e shërbimit.**

Data(t) Nga: _____ *Deri:* _____

Shërbime Specifike. Nëse dëshironi të merrni VETËM kopje të shërbimeve specifike, ju lutemi shënoni VETËM llojin(et) e raportit që po kërkonti dhe jepni datën/periudhën (kur u kryen shërbimet) në linjën më poshtë.

Data(t) Nga: _____ *Deri:* _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Konsulta | ☐ Raport(et) e Patologjisë |
| ☐ Përmbledhje të Daljes nga Spitali | ☐ Raport(et) e Radiologjisë |
| ☐ Rekordet e Shërbimeve të Emergjencës | ☐ Imazhet e Radiologjisë |
| ☐ Rekordet e Imunizimeve | ☐ Rehabilitimi: Terapia Fizike, Terapia Funksionale, Terapia e të Folurit |
| ☐ Raportet e Laboratorit (analiza gjaku) | ☐ Tjetër (specifiko): _____ |
| ☐ Shënimet e Zyrës/Klinikës për _____ | ☐ Tjetër (specifiko): _____ |
| ☐ Raporti(et) Operative/Procedurës | ☐ Tjetër (specifiko): _____ |

MBROJTUR NËN LIGJIN SHETETËROR APO FEDERAL

Unë e kuptoj se kartela ime shëndetësore mund të përfshijë informacion në lidhje me shëndetin tim mendor, çrregullimin e përdorimit të alkoolit/substancave, dhunën seksuale, sëmundjet e transmetueshme seksualisht, abortin, testin gjenetik, HIV/SIDA, dhunën në familje ose informacion tjetër që unë mund t'a konsideroj informacion delikat. **Ju duhet të shënoni kutinë pranë llojit të përmbajtjes specifikuar më poshtë ose shënoni që informacioni NUK do të komunikohet.**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Aborti - Format e Miratimit, Urdhërat e Gjykatës | ☐ Rezultatet e Ekzaminimeve Gjenetike | ☐ Këshillim për Dhunën Seksuale |
| ☐ Këshillim për Dhunën në Familje | ☐ Rezultatet e Testeve për HIV/SIDA | ☐ Sëmundjet e Transmetueshme Seksualisht |
| ☐ Detaje të Diagnozës dhe/ose Trajtitimit të Shëndetit Mendor të Ofruara nga një Psikolog, Psikiatër, Infermiere Klinike me Gradë të Avancuar e Shëndetit Mendor, Këshilltar/e i/e Liçencuar për Shëndetin Mendor dhe Punonjës/e Social/e i/e Liçencuar | | |
| ☐ Çrregullim i Përdorimit të Alkoolit/Substancave | | |

Lutemi, Vazhdoni në Anën e Kundërt

UNE E KUPTOJ QË:

- Ky autorizim është vullnetar. Unë nuk kam nevojë të nënshkruaj këtë autorizim për të siguruar trajtim, përveç nëse qëllimi i vetëm i trajtimit është t'i ofrojë informacion një pale të tretë (shembull: ekzaminim fizik për punësim).
- Sipas Njoftimit të Përbashkët të Praktikave të Informacionit, unë kam të drejtë të inspektoj ose të kërkoj kopje të rekordeve të mia mjekësore. Duhet të merren masa për të inspektuar kartelën time mjekësore në vend; ju lutemi kontaktoni Departamentin e Menaxhimit të Informacionit Shëndetësor (informacioni më poshtë).
- Çdo zbulim informacioni mbart potencialin për rizbulim të paautorizuar. Unë ciloj UMass Memorial Health Care dhe subjektet e saj nga çdo përgjegjësi ligjore që mund të lindë nga zbulimi ose ri-zbulimi i këtij informacioni.
- Unë kam të drejtë ta revokoj këtë autorizim në çdo kohë duke paraqitur një kërkesë me shkrim tek Departamenti I Menaxhimit të Informacionit Shëndetësor në adresën e mëposhtme. Revokimi nuk do të aplikohet për informacionin që është komunikuar tashmë në përgjigje të këtij autorizimi. Revokimi nuk do të aplikohet për kompaninë time të sigurimit shëndetësor kur ligji i siguron siguruesit tim të drejtën për të kundërshtuar një kërkesë për pagesë sipas planit tim të sigurimit.
- Rekordet e mia për çrregullimet e përdorimit të alkoolit/substancave mund të mbrohen nën rregulloret Federale që rregullojnë Konfidencialitetin e Rekordeve të Pacientëve për Abuzimin e Alkoolit dhe Drogës, Titulli 42 i Kodit të Rregullores Federale (CFR për akronimin në Anglisht) Pjesa 2, dhe nuk mund të zbulohen pa miratimin tim me shkrim, përveç nëse parashikohet ndryshe në rregullore. Unë gjithashtu e kuptoj se mund ta revokoj këtë miratim në çdo kohë, me përjashtim të shtrirjes së veprimeve që janë ndërmarrë në vartësi të tij, dhe se në çdo rast ky miratim skadon siç specifikohet në seksionin "Skadimi i Autorizimit" të formularit më poshtë. (Nëse nuk e dini nëse kjo vlen për rekordet tuaja, ju lutemi kontaktoni zyrën e ofruesit tuaj të kujdesit mjekësor ose Linjën Telefonike të Privatësisë në 508-334-5551.)

SKADIMI I AUTORIZIMIT:

Nëse përndryshe është revokuar, ky autorizim do të skadojë në datën, rrethanat apo kushtet vijuese: _____.

Nëse unë nuk specifikoj një datë skadimi, rrethana apo kushte, ky autorizim do të jetë i vlefshëm për jo më shumë se nëntëdhjetë (90) ditë nga data e nënshkrimit më poshtë, përveç rasteve kur rregulloret Federale dhe/ose Shtetërore specifikojnë ndryshe. Në situata të tilla, do të zbatohet periudha më e shkurtër kohore.

Formati i Kërkuar për Marrjen e Rekordeve Mjekësore

Kopjet përgjithësisht të disponueshme brenda 10 ditëve pune në varësi të rekordeve të kërkuara.

ZGJIDHNI NJË OPSION MË POSHTË:

Marrje në Person	POSTA	PORTALI I PACIENTIT	FAKS	Posta Elektronike (Email)
☐ Kopje Letre ☐ Disk Kompakt (CD) ☐ Dosje Dixhitale Dosje Dixhitale Vendi: _____	☐ Kopje Letre ☐ Disk Kompakt (CD) ☐ Dosje Dixhitale *Mbi 100 faqe do të konvertohen në CD	☐ Kur janë në dispozicion dhe vetëm nëse pacienti ka aktivizuar llogarinë e tij/saj	☐ Faks: _____ 50 faqe limit	☐ Adresa e Email-it: _____

TARIFA e KOPJIMIT: Në bazë të HIPAA 45 CFR, 164.524, ne rezervojmë të drejtën për të ngarkuar një tarifë të arsyeshme të bazuar në kosto për prodhimin dhe postimin e kopjeve. Në asnjë moment tarifat e bazuara në kosto nuk do të tejkalojnë ato të parashikuara në ligjin e Massachusetts (MGL Kapitulli 111; Seksioni 70).

* Nëse dëshironi që dikush tjetër përveç jush (pacientit) të marrë kartelën tuaj mjekësore, ju lutemi jepni emrin e tyre dhe marrëdhënien me ta:

Emri: _____ Marrëdhënia: _____

****Një Dokument Identifikimi me Foto kërkohet Kur Merren Kopjet e Rekordeve Mjekësore****

Unë i kam plotësuar të gjithë seksionet e këtij formulari. Kam lexuar dhe kuptuar deklaratat e mësipërme dhe autorizoj zbulimin e informacionit të kërkuar në anën e pasme të këtij formulari.

Nënshkrimi i Pacientit/Prindit/Përfaqësuesit Ligjor*

Emri me Shkronja Shtypi

Data

Marrëdhënia e Nënshkruesit me Pacientin: _____

***Nëse nënshkruani si përfaqësues ligjor, siguroni gjithashtu dokumentet e duhura për të mbështetur statusin.**

Për pyetje, ju lutemi kontaktoni institucionin e duhur më poshtë ose praktikën mjekësore ku merrni kujdes shëndetësor.

UMass Memorial Health

C/O Health Information Management
67 Millbrook Street, Suite 200
Worcester, MA 01606
Tel 508-334-5700 opt. 1
Fax 508-334-9717

UMass Memorial Medical Group

C/O Community Practices
367 Plantation Street
Worcester, MA 01605
Tel 508-334-1438
Fax 508-334-1448

UMass Memorial-Community Healthlink

C/O Compliance Department
72 Jaques Avenue
Worcester, MA 01610
Tel 508-860-1016
Fax 508-752-1379

**** Një kopje e autorizimit të kompletuar duhet t'i jepet pacientit. ****