

با تکمیل نمودن این فورم، شما به کلینیک دندان ODS Community Dental اجازه می دهید تا معلومات محافظت شده صحی شما را استفاده کند و به اشتراک بگذارد. لطفاً با قلم سیاه یا آبی بطور واضح بنویسید و طرزاعمال های پشت این فورم را برای ارسال نمودن به ما دنبال کنید.

بخش 1: معلومات عضو (مريض)

نام	تاریخ تولد (ماه/روز/سال)	ID نمبر
-----	--------------------------	---------

بخش 2: اجازه نامه

من می فهمم که از طریق خدمات عضویت من، کلینیک دندان ODS Community Dental معلومات محافظت شده صحی (PHI) در باره من دارد. من به کلینیک دندان ODS Community Dental اجازه می دهم که معلومات من را با افراد ذیل استفاده کند و به اشتراک بگذارد:

نام	نسبت	آدرس
	شهر	ایالت
	کود پستی	

برای دلیل (یکی را انتخاب کنید):

- ☐ بررسی و بحث در باره همه معلومات مربوط به پوشش صحی، تداوی و پرداخت من.
- ☐ دلیل دیگر (لطفاً ذکر کنید):

PHI من شامل موارد ذیل است:

- سوابق طبی
- صورتحساب
- گزارش های تصویربرداری
- گزارش های لابراتوار
- سوابق دندان
- سوابق فیزیوتراپی
- سوابق شفاخانه (شامل یادداشت های نرس و پیشرفت تداوی) و
- هر نوع معلومات شخصی یا طبی مربوط به هدف این اجازه نامه.

صرف جزئیات مورد نیاز درباره PHI شما برای دلیل فوق استفاده خواهد شد. اگر PHI شما شامل هر یک از معلومات ذیل باشد، قوانین دیگری نیز ممکن است تطبیق شود. من می فهمم و موافقم که PHI من صرف زمانی به اشتراک گذاشته می شود که من یکی از موارد ذیل را علامت زده باشم:

- ☐ معلومات و نتایج آزمایش HIV/AIDS و اسناد مربوطه
- ☐ معلومات آزمایش های جنتیکی
- ☐ تشخیص، تداوی یا ارجاع مرتبط با مواد مخدر/الکول
- ☐ معلومات مربوط به صحت روانی
- ☐ صحت تولید مثل

من می فهمم که PHI من ممکن است دوباره به اشتراک گذاشته شود و دیگر تحت حفاظت قانون فدرال نباشد. قوانین فدرال یا ایالتی ممکن است محدودیت هایی برای به اشتراک گذاری دوباره معلومات تست ها یا نتایج علامت زده شده در بالا اعمال کنند.

این اجازه نامه تا زمان ذیل معتبر خواهد بود (یکی را انتخاب کنید)؛ مگر اینکه حذف شود:

□ تاریخ: _____ / _____ / _____ (تاریخ اعتبار این اجازه نامه نباید پیشتر از 24 ماه از تاریخ امضاء باشد)*
□ رویداد: _____

(مدت اعتبار رویداد حداکثر الی 24 ماه خواهد بود. رویدادهایی مانند «مرگ»، «قطع قرارداد» یا «تا زمان لغو» نمونه های رویدادهای نامعتبر هستند که باعث برگشت این اجازه نامه می شوند.)

*اگر تاریخ وارد نشود (خالی بماند)، این اجازه نامه برای مدت 24 ماه از تاریخ امضاء معتبر خواهد بود.

با درج امضاء در ذیل، من تأیید می کنم که این اجازه نامه را مطالعه کرده و آن را می فهمم.

امضای شخص	تاریخ امضاء
-----------	-------------

یا

امضای نماینده شخص	تاریخ امضاء
نام نماینده بطور واضح	نسبت**

**لطفاً اگر شما سرپرست قانونی، سرپرست قانونی، دارنده وکالت نامه یا دارای هرگونه صلاحیت قانونی دیگر برای عضو هستید، اسناد قانونی مربوطه را ضمیمه کنید.

همه بخش ها باید تکمیل شوند تا این اجازه نامه معتبر دانسته شود. عضو باید یک کپی از فورم تکمیل شده را نگه دارد.

آماده ارسال هستید؟

این فورم را به آدرس ذیل پست کنید:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

کدام سوال دارید؟ با خدمات مشتریان کلینیک دندان ODS به تماس شوید 800-342-0526.
(کاربران TTY با شماره 711 به تماس شوند.)

odscommunitydental.com/members

کلینیک دندان ODS Community Dental باید از قوانین حقوقی ایالتی و فدرال پیروی کند. ما نمی توانیم با افراد در هیچ یک از خدمات یا پروگرام های خود، صرفاً به دلیل سن، رنگ پوست، معلولیت، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل، ملیت، نژاد، مذهب، جنسیت یا گرایش جنسی آنها، بطور ناعادلانه رفتار کنیم.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 800-342-0526. (TTY: 711).

注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電
(800-342-0526 聾啞人專用711)。