



*** የሌሎች ምልክት ያለባቸው ሁሉም ቦታዎች ግዴታዎች ናቸው**

* የህመምተኛው ስም _____ የሕክምና ማህደር ቁጥር _____
 የሶሻል ስኩሪቲ ቁጥር(በፍላጎት) _____ * የህመምተኛው የልደት ቀን _____
 * ተቋም _____ * የሰልክ ቁጥር _____
 * አገልግሎት የተሰጠበት ቀን _____
 * የሕመምተኛው አድራሻ _____ የንዳና አድራሻ _____ ከተማ _____ ስቴት _____ ዚፕ ኮድ _____

*** የ Inova Health System የሚከተለውን መረጃ ለ _____ እንዲሰጥ አፈቅድለታለሁ።**
 ስልክ # መዝገብ በፋክስ የሚላኩ ከሆነ ያስፈልጋል _____
 ፋክስ # _____ ሐኪም ሌላ _____

መረጃውን የሚቀበል ሰው ወይም አካል ስም _____
 የንዳና አድራሻ _____ ከተማ _____ ስቴት _____ ዚፕ ኮድ _____

*** የሚሰጠው መረጃ**

<input type="checkbox"/> የቤል መክፈያ መረጃ	የህክምና ማህደር ቁጥር ሃሳቦች (Abstracts of Medical Record)	ሌሎች መህደሮች
<input type="checkbox"/> የተሟላ የህክምና ማህደር ሐኪም ሴት የገቡበት/ህክምና የተጠየቁባቸው ቀናት _____	<input type="checkbox"/> የማግኘት አገልግሎት	<input type="checkbox"/> የሐኪም ትዕዛዞች
<input type="checkbox"/> ሌላ _____	<input type="checkbox"/> የሰንበት ማጠቃለያ ሃሳብ	<input type="checkbox"/> የአንክብካቢ አቅድ
	<input type="checkbox"/> EKG/EEG	<input type="checkbox"/> የሂደት ማስታወሻዎች
	<input type="checkbox"/> የድንገተኛ ክፍል ሪፖርት	<input type="checkbox"/> የአእምሮ ህክምና መቀበያ ማስታወሻ
	<input type="checkbox"/> የፊት ገጽ	<input type="checkbox"/> የአእምሮ ህክምና ግምገማ
		<input type="checkbox"/> የራዲዮሎጂ ፊልሞች/ሲዲ
		<input type="checkbox"/> ሌላ _____

<p>* ዓላማ</p> <p><input type="checkbox"/> የህክምና ክትትል</p> <p><input type="checkbox"/> ጠበቃ</p> <p><input type="checkbox"/> ለግል አገልግሎት</p> <p><input type="checkbox"/> አካል ስንኩልነት</p> <p><input type="checkbox"/> የመድን ዋስትና</p> <p><input type="checkbox"/> ሌላ _____</p>	<p>* የማህደር አቀማመጥ</p> <p><input type="checkbox"/> እባክዎን ማህደሮቹን በፖስታ ይላኩ</p> <p><input type="checkbox"/> ማህደሮቹን ለመገምገም አፈልጋለሁ (ለግምገማው ቀጠሮ መያዝ ይኖርብዎታል)</p> <p><input type="checkbox"/> ከላይ ወደ ተጠቀሰው ቁጥር ፋክስ ይላኩ</p> <p><input type="checkbox"/> ማህደሮቹን እኔ አወስዳለሁ</p>	<p>ክፍያዎች</p> <table border="0"> <tr> <td>ከ1-50 ያሉ ገጾች</td> <td>\$0.50 በገጽ</td> </tr> <tr> <td>ከ51 በላይ ያሉ ገጾች</td> <td>\$0.25 በገጽ</td> </tr> <tr> <td>ማይክሮፍልም/ማይክሮፍት ሲዲዎች ወይም ሳምቤሪ-ይቮች</td> <td>\$1.00 በገጽ</td> </tr> <tr> <td>የራዲዮሎጂ ምስል በሲዲ፣ ቲሙብር፣</td> <td>\$5.00 ተጨማሪ ክፍያ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>\$10.00 በአንድ በሲዲ እንደየአስፈላጊነቱ ተጨምሯል</td> </tr> </table>	ከ1-50 ያሉ ገጾች	\$0.50 በገጽ	ከ51 በላይ ያሉ ገጾች	\$0.25 በገጽ	ማይክሮፍልም/ማይክሮፍት ሲዲዎች ወይም ሳምቤሪ-ይቮች	\$1.00 በገጽ	የራዲዮሎጂ ምስል በሲዲ፣ ቲሙብር፣	\$5.00 ተጨማሪ ክፍያ		\$10.00 በአንድ በሲዲ እንደየአስፈላጊነቱ ተጨምሯል
ከ1-50 ያሉ ገጾች	\$0.50 በገጽ											
ከ51 በላይ ያሉ ገጾች	\$0.25 በገጽ											
ማይክሮፍልም/ማይክሮፍት ሲዲዎች ወይም ሳምቤሪ-ይቮች	\$1.00 በገጽ											
የራዲዮሎጂ ምስል በሲዲ፣ ቲሙብር፣	\$5.00 ተጨማሪ ክፍያ											
	\$10.00 በአንድ በሲዲ እንደየአስፈላጊነቱ ተጨምሯል											

መረጃዎን የሚቀበለው ግለሰብ ወይም ድርጅት በHIPAA የገመና ጥበቃ ደንቦች ያልተሸፈነ የጤና አጠባበቅ አቅራቢ ወይም የጤና አቅድ ካልሆነ፣ ከላይ የተገለጸው መረጃ እንደገና ሊታይ የሚችል እንደሆነና ስለሆነም በኋላ በከዚህ ደንቦች የማይጠበቅ እንደሆነ ተረድሻለሁኝ።

ይህንን ፈቃድ ለመሰጠት የጽሁፍ ማስታወቂያ እንደሚያስፈልግ እና እርሱም በዚህ ቅጽ ጫፍ ላይ ለተጠቀሰው መምሪያ መላክ እንዳለበት ይገባኛል። እኔ በመሰረዘ፣ ከዚህ ፈቃድ ጋር በተያያዘ ቀደም ብለው የተሰጡ መረጃዎችን የማይነካ እንደሆነ ይገባኛል።

Inova Health System ለኔ የህክምና ለመሰጠት ይህንን ፈቃድ መፈረሙን እንደ ቅድመ ሁኔታ ሊጠይቅ እንደማይችል ተረድሻለሁ።

ይህ የሚሰጥ መረጃ መድሃኒት አለላግባብ መጠቀም፣ የአልኮል ስብኝት፣ ወይም አልኮል አለላግባብ መጠቀም፣ የአእምሮ ህክምናን በተመለከተ ያለውን መረጃ ሊያጠቃልል እንደሚችል ተረድሻለሁ።
በብታ፣ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) አይደለም ወይም በፌዴራላዊ ህግ (42 CFR ክፍል 2) ቁጥጥር ሥር ባለ የኤች አይ ቪ መመሪያ

 * የህመምተኛው ወይም ህጋዊ ተወካይ ፈርማ (Signature of Patient or Authorized Representative)

 * ቀን/ሰዓት (Date/Time) (ፊ.ቃዱ ከተፈረመ ከስድስት ወር በኋላ ያበቃል)

 * የሕመምተኛውን ወይም የህጋዊ ተወካይ ስም ይጻፉ (Print Name of Patient or Authorized Representative)

 * ከሕመምተኛው ጋር ያለ ዝምድና (Relationship to Patient)

PATIENT IDENTIFICATION

Inova Health System
 መረጃ ለመስጠት/ለማሳየት ፈቃድ
 የተጠበቀ የጤና መረጃ
 Authorization to Release/Disclose
 Protected Health Information - Amharic

