



OTORIZASYON POU DIVILGE ENFÒMASYON KONFIDANSYEL

ENFÒMASYON AN KAPAB DIVILGE PA:

Moun/Lopital: _____ # Telefòn: _____
Adrès: _____

ENFÒMASYON AN DWE DIVILGE BAY:

Moun/Kote: _____ # Telefòn: _____

METÒD DIVILGASYON AN

_____ Vin Chèche I nan Klinik/Lopital
_____ Adrès
_____ Faks #:
_____ Imel Adrès: (Tanpri sonje imel gen dwa pa yon metòd kominikasyon ki an sekirite)

ENFÒMASYON POU YO DIVILGE A: (Mete Inisyal Akote Chwa a)

_____ Dosye (yo) Medikal Jeneral _____ Dosye MST yo (STD) _____ Dosye TB yo _____ Rezilta Tout visit ak fizik yo
_____ Vaksen yo _____ Metòd Kontrasepsyon _____ Dosye Prenatal _____ Konsiltasyon yo
_____ Nòt sou Pwogrè yo
_____ Rapò Tès Diagnostik (Klarifye ki kalite tès) _____
_____ Lòt: (klarifye) _____

Mwen espesifikman divilgasyon enfòmasyon sou (Mete Inisyal Akote Chwa a)

_____ Rezilta tès VIH _____ Dosye Founisè Sèvis pou Abi Sibstans
_____ Nòt Sykyatrik, Sikolojik oswa Sikoterapetik _____ Entèvansyon bone _____ WIC

REZON POU DIVILGASYON AN:

_____ Kontinye Swen _____ Itilizasyon Pèsonèl _____ Lòt (klarifye) _____

DAT EKSPIRASYON: Otorizasyon sa ap ekspire (mete dat la oswa evenman an) _____. Mwen konprann si **Mwen** pa bay yon dat ekspirasyon oswa yon evenman otorizasyon ap ekspire douz (12) mwa apati dat li te siyen an.

DIVILGASYON ANKÒ: Mwen konprann yon fwa enfòmasyon sa a divilge. Moun ki resevw al la kapab pibliye li ankò epi enfòmasyon an gen dwa pa pwoteje pa lwa ak règleman federal sou vi prive.

KONDISYON: Mwen konprann mwen ranpli fòm otorizasyon sa a volontèman. Mwen reyalize yo p ap refize mwen tretman I mwen refize siyen fòm sa.

REVOKASYON: Mwen konprann mwen gen dwa pou revoke otorizasyon sa a nenpòt ki lè. Si mwen revoke otorizasyon sa mwe konprann se pou mwen fè sa pa ekri epi fòk mwen montre revokasyon an bay depatman dosye medikal la. Mwen konprann revokasyon an p ap aplike a enfòmasyon yo te deja pibliye an repons a otorizasyon sa a. Mwen konprann otorizasyon an pa aplike a konpayi asirans mwen. Medicaid ak Medicare.

Siyati Kliyan/Reprezantan Legal _____
Dat

Non Enprime _____
Relasyon Reprezantan Legal la ak Kliyan

Si ou se yon reprezantan legal moun ou mande enfòmasyon sou li a, ou dwe bay otorizasyon ki pwouve otorite legal ou pou mnade enfòmasyon sa a (pa egzanm pouvw legal avoka, fòm ranplasan pou desizyon santé, lòd, nominasyon pou gadyen, lòd ki nonmen ou kòm reprezantan legal, lèt administrasyon)

Non Kliyan _____
ID#: _____
DAT NESANS: _____

Orijinal:pou dosye **Kopi:** pou Kliyan **Kopy:** Atache ak Piblikasyon an