



Authorization to Disclose or Request Protected Health Information

فارسی - Farsi
مجوز ارائه یا دریافت اطلاعات پزشکی محرمانه

(فورم مجوز شکایت (HIPAA Compliant Authorization Form)

I, _____
Name of Patient (Please Print) Patient's Date of Birth (mm/dd/yy) Patient's Phone Number

اینجانب
نام بیمار (لطفا خوانا بنویسید) تاریخ تولد بیمار (ماه/روز/سال) تلفن بیمار

of _____
Patient's Address

از _____
آدرس بیمار

hereby authorize the following Service Provider:

County Agency/Program/Office: _____

Address: _____

بدینوسیله به مرکز مراقبتهای زیر اجازه می دهم:
آژانس/برنامه/دفتر ناحیه: _____

_____ آدرس: _____

1. To disclose individually identifiable health information to and/or receive information on my behalf from:
1- تا از طرف من اطلاعات پزشکی شخصی را ارائه داده --- و/یا --- دریافت کند:

_____ or his/her designee _____
Supervisor/County Official Name

_____ و یا نماینده وی _____
نام سرپرست/مقام مسئول ناحیه

2. The following specific information is authorized: _____

_____ 2- اطلاعات بخصوص زیر اجازه دارند: _____

3. This authorization is in effect for the period of time from _____ to _____
(Date or Event) (Date or Event)

3- این اجازه از تاریخ _____ تا _____ معتبر می باشد
(تاریخ یا مورد) (تاریخ یا مورد)

4. This authorization allows the indicated service provider to share the specified information for:

A single use or disclosure available at the time of authorization

On-going use or disclosure for the time period identified in Item 3

4- این اجازه نامه اجازه می دهد مرکز مراقبتهای ذکر شده اطلاعات بخصوص را بدلیل زیر ارائه دهد:
---- یکبار استفاده یا ارائه در زمان اجازه

---- استفاده یا ارائه مداوم بمدت زمان ذکر شده در بخش 3

5. The information will be used/disclosed for the following purpose(s): _____

5- اطلاعات جهت مقاصد زیر استفاده/ارائه می شود: _____

6. The source records for information disclosure:

ARE protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2) because the records contain information on prior, current, or planned substance abuse treatment. If these records are protected by regulation 42 CFR Part 2, I understand the recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless expressly permitted by my written authorization, except as otherwise permitted within the regulation. 42 CFR Part 2 also restricts any use of this information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

ARE NOT protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2). If these records are not protected by 42 CFR Part 2, I understand the Federal Privacy Rule (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) requires I be advised that information used or disclosed based on this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal HIPAA regulations.

6- پرونده های منبع برای ارائه اطلاعات:

--- از طریق قوانین فدرال حاکم بر مجرمانه بودن اطلاعات مربوط به اعتیاد به الکل و موادمخدر (سی اف آر 42 بخش 2) در پرونده های بیماران محافظت می شود زیرا پرونده ها حاوی اطلاعات درباره گذشته و زمان حال درمان های مربوط به سو استفاده از مواد می باشند. چنانچه این پرونده ها توسط قانون سی اف آر 42 بخش 2 محافظت می شوند من متوجه هستم که ارائه بیشتر اطلاعات به دریافت کنندگان ممنوع است مگر آنکه خصوصا با اجازه کتبی من باشد، به استثنای مواردی که توسط قوانین اجازه داشته باشند. قانون سی اف آر 42 بخش 2 همچنین هرگونه استفاده از این اطلاعات جهت بازرسی یا تعقیب جنایی هر بیمار معتاد به الکل یا مواد مخدر را محدود می کند.

--- از طریق قوانین فدرال حاکم بر مجرمانه بودن اطلاعات مربوط به اعتیاد به الکل و مواد مخدر (سی اف آر 42 بخش 2) در پرونده های بیماران محافظت نمی شود. چنانچه این پرونده ها توسط قانون سی اف آر 42 بخش 2 محافظت نمی شوند، من متوجه هستم مقرررات فدرال مربوط به اطلاعات شخصی (سی اف آر 45 بخش 160 و 164، اچ.آی. پی.ای. ای) ملزم می کند به من اطلاع داده شود که اطلاعات استفاده شده یا ارائه شده بر اساس این مجوز می تواند مشمول ارائه مجدد شده و دیگر توسط قوانین فدرال اچ.آی. پی.ای. ای محافظت نمی شود.

7. I understand that:

7- من متوجه هستم که:

- Service providers using or disclosing information based on this authorization are to share the minimum necessary amount of the specified information to accomplish the purpose of the disclosure identified in Item 5.
- مراکز خدماتی استفاده کننده یا ارائه دهنده اطلاعات مبنی بر این مجوز میبایست کمترین مقدار اطلاعات بخصوص لازم را جهت انجام مقصود ذکر شده در بخش 5 ارائه دهند.
- Fairfax County will not condition the provision of services related to treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my decision to sign this authorization.
- منطقه فرفکس قوانین خدمات مربوط به مداوا، پرداختها، ثبت نام، و یا مشروطیت برای دریافت مزایا را بر اساس تصمیم من برای امضای این مجوز مشروط نخواهد کرد.
- I may revoke (or cancel) this authorization at any time by submitting a written statement of revocation to the service provider whose address is provided above, except to the extent that the identified service provider already has taken action based on this authorization.
- ممکن است من این مجوز را در هر زمانی با ارائه یک تقاضای کتبی لغو خدمات به مرکز خدماتی که آدرس آن در بالا ذکر شده است لغو (یا کنسل) کنم، مگر در مواقعی که مرکز خدماتی بر اساس مجوز ارائه خدمات را به انجام رسانده است.
- I have a right to request and receive a Notice of Privacy Practices from Fairfax County.
- من حق درخواست و دریافت اطلاعاتی مربوط به اطلاعات خصوصی شخصی از منطقه فرفکس را دارم.
- The information to be released has been fully explained to me and this authorization is given of my own free will.
- اطلاعات ارائه شده کاملا برای من توضیح داده شده است و این مجوز با تمایل کامل من داده شده است.

8. Please send or communicate the authorized information to the following address, phone number or fax number:

8- لطفا اطلاعات مجاز را به آدرس، تلفن، یا شماره فکس زیر ارسال دارید:

Resident of Fairfax County Signature: _____ Date: _____

امضای شهروند مقیم منطقه فرفکس: _____ تاریخ: _____

Relationship to patient: Self Parent of Minor Child Guardian Legally Authorized Representative
رابطه با بیمار: خود ---- ولی فرزند صغیر --- قیم --- نماینده مجاز قانونی ---