

Buford Care, INC.

رضایت بیمار برای استفاده و افشای اطلاعات سلامت محافظت شده

بدین وسیله رضایت خود را به مطب اعلام میدارم تا از اطلاعات سلامت محافظت شده من (PHI) برای انجام درمان، پرداخت و عملیات مراقبت سلامت (TPO) استفاده کرده و آن را افشا نماید.

با ارائه این رضایت، مطب میتواند با من تماس بگیرد یا به آدرس ایمیل من در منزل یا مکان جایگزین دیگر پیام صوتی، ایمیل یا حضوری ارسال نماید در خصوص هر موردی که به مطب در انجام عملیات TPO کمک میکند، مانند یادآوری نوبت ها، موارد بیمه ای و هر چیزی مربوط به مراقبت های بالینی من، از جمله نتایج آزمایشگاهی و رادیولوژی.

با ارائه این رضایت، مطب میتواند اقلامی را به آدرس منزل من یا مکان جایگزین دیگر ارسال کند که در انجام TPO مؤثر هستند، مانند کارتهای یادآوری نوبت، صورت حساب بیمار و هر موردی مربوط به مراقبت های بالینی من، مشروط بر اینکه این اقلام با عنوان "شخصی و محرمانه" مشخص شده باشند.

با امضای این فرم، من رضایت میدهم که مطب از PHI من استفاده کرده و آن را برای انجام TPO افشا نماید.

من میتوانم رضایت خود را به صورت کتبی لغو نمایم، مگر در مواردی که مطب قبلاً براساس رضایت قبلی من، اطلاعاتی را افشا کرده باشد. اگر این رضایت را امضا نکنم یا بعداً آن را لغو کنم، ممکن است مطب از ارائه خدمات درمانی به من خودداری نماید.

امضای بیمار یا قیم قانونی:

نام بیمار :