

HIPAA bo'yicha shaxsiy vakilni tayinlash formasi

Bemor haqida ma'lumot - iltimos, bosma harflarda to'ldiring

Patient Information – Please Print

Bemorning ismi: _____ Tavallud sanasi: _____
 Patient Name Date of Birth

Manzili: _____ Shahar/Shtat/Indeks: _____
 Address City/State/Zip Code

Bog'lanish uchun eng qulay telefon raqami: _____
 Telephone # most easily reached

Men quyida ko'rsatilgan shaxsga mening Himoyalangan Sog'liqni Saqlash Ma'lumotlarim (Protected Health Information, PHI) bo'yicha shaxsiy vakilim sifatida ish yuritishiga vakolat beraman. Bunga mening tibbiy yozuvlarim va sog'lig'im haqidagi ma'lumotlarga kirish, ularni olish va muhokama qilish vakolati ham kiradi. Agar quyida ko'rsatsam, yozuvlarimga kirishni cheklashim mumkinligini ham bilaman.

HIPAA bo'yicha vakil haqida ma'lumot - iltimos, bosma harflarda to'ldiring

HIPAA Representative Information - Please Print

Bemorning ismi: _____ Tavallud sanasi: _____
 Patient Name Date of Birth

Manzili: _____ Shahar/Shtat/Indeks: _____
 Address City/State/Zip Code

Bog'lanish uchun eng qulay telefon raqami: _____
 Telephone # most easily reached

Bemorga kim bo'ladi: _____
 Relationship to Patient

Yuqorida ko'rsatilgan HIPAA vakilimga quyidagilarga kirish huquqini beraman

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

☐ **Barcha tibbiy yozuvlar va sog'liq haqidagi ma'lumotlarga to'liq kirish** – eslatma: OIV, psixiatrik va giyohvand moddalarni va boshqa moddalarni me'yoridan ortiq iste'mol qilishga oid ma'lumotlarga oid ma'lumotlarga kirish uchun quyidagi alohida katakchani ham belgilash talab etiladi.

Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

☐ **Boshqa** - Cheklovlarni yoki aniq tibbiy holatni belgilang: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

Tegishli toifalarni belgilash va quyida imzo qo'yish orqali men (bemor) HIPAA vakilimga qo'shimcha sog'liqni saqlash ma'lumotlariga kirish huquqini beraman. Tibbiy yozuvlarim HIV bilan bog'liq ma'lumotlarni va/yoki psixiatrik kasalliklar hamda/yoki giyohvand moddalarni me'yoridan ortiq iste'mol qilishni tashxislash yoki davolashga oid ma'lumotlarni o'z ichiga olishi mumkinligini tushunaman. Ushbu katakchani imzolash orqali men HIPAA vakilimga quyida ko'rsatilgan ma'lumotlarga kirish huquqini aniq ravishda berayotganimni tasdiqlayman: **(HIPAA vakili kirish huquqiga ega bo'lishini istagan har bir bo'lim yoniga bosh harflarimni qo'yishim shart)**

_____ Spirtli ichimliklar, giyohvand moddalar yoki Spirtli ichimliklar, giyohvand moddalar yoki boshqa moddalarni me'yoridan ortiq iste'mol qilishga oid ma'lumotlar
 Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ OITS, OIV bilan bog'liq ma'lumotlar (shu jumladan, OITS bilan bog'liq testlar va natijalar)
 AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ Ruhiy salomatlik
 Mental Health

_____ Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar haqida ma'lumotlar

HIPAA bo'yicha shaxsiy vakilni tayinlash formasi

Sexually Transmitted Disease information

____ Genetik ma'lumotlar

Genetic information

____ Tadqiqot bo'yicha ma'lumotlar

Research Information

Ushbu yozuvning maxfiyligi Nyu-York shtati va Federal qonunlariga muvofiq talab qilinadi. Ushbu material yozma rozilik yoki ruxsatnomasiz hech kimga berilmasligi kerak.

Ushbu katakcha bemorning imzosi uchun: _____ Sana: _____
Signature of Patient for this box Date

Ushbu yozuvning maxfiyligi Nyu-York shtati va Federal qonunlariga muvofiq talab qilinadi. Ushbu material yozma rozilik yoki ruxsatnomasiz hech kimga berilmasligi kerak.

1. Men ushbu HIPAA vakili lavozimini istalgan vaqtda quyidagi manzil bo'yicha Sog'liqni saqlash axborotini boshqarish departamentiga xabar berish orqali bekor qilishim mumkinligini tushunib bildim: **4802 10th Avenue. Attention: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11219** yozma ravishda; ammo, agar men ruxsatnomani bekor qilsam, bu Maimonides Health tomonidan bekor qilish to'g'risidagi xabarni olinishidan oldin amalga oshirilgan har qanday harakatlarga ta'sir qilmaydi.

2. Men davolanishim yoki davolanish uchun to'lovim ushbu Vakolatnomani imzolashim yoki imzolamasligimga bog'liq emasligini tushunaman.

3. Men ushbu shaklga muvofiq oshkor qilingan ma'lumotlar oluvchi tomonidan qayta oshkor qilinishi mumkinligini va HIPAA tomonidan himoya qilinmasligini tushunaman.

4. Ushbu Vakolatnoma quyidagi muddatgacha amal qilishini tushunaman: (Bittasini belgilash kerak)

☐ Bemor tomonidan yozma ravishda bekor qilingan

Revoked in writing by the patient

☐ Quyidagi sanada: _____

On the following date

Bemorning imzosi: _____

Signature of Patient

Sana: _____

Date

HIPAA vakilining imzosi: _____

Signature of HIPAA Representative

Sana: _____

Date

(Barcha tegishli bo'sh joylar to'ldirilmasa, ushbu forma haqiqiy bo'lmaydi)

***USHBU FORMANI IMZOLASHDAN BOSH TORTISHINGIZ MUMKIN**