RIVERSIDE

Clear Form

Save

OTORIZASYON POU DIVILGE ENFÒMASYON SANTE

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

_____ _____ (_____) _____-_____

(Tout non legal pasyan an sa gen ladann non anvan yo) (Dat nesans) (nimewo telefòn pandan lajounen)

Adrès: _____ Vil: _____ Eta: _____ Kòd postal:_____

Mwen, otorize Riverside Health System pou divilge enfòmasyon sante ki soti nan etablisman Riverside ki ekri annapre a:

Nan etablisman sèvis _____ (Di ki kalite pratik oswa lokal etablisman Riverside la)

Pou dat sèvis: _____

Pou divilge enfòmasyon ki vin annapre yo:

☐ Rezime Dosye Klinik k ☐ Rapò Radyografi oswa Imajri ☐ Dosye Faktirasyon ☐ Dosye ER ☐ Rezilta Laboratwa ☐ Dosye Vaksinasyon ☐ Lòt: _____

Moun/etablisman ki pou resevwa enfòmasyon an: _____

Adrès:_____ Telefòn/Faks _____

Fòma pou divilge (Fòma papye vini an premye, si li pa tcheke):

☐ Lapòs Etazini ☐ Fim/CD Radyoloji* ☐ Imèl ☐ Sit ranmase ☐ Tablo mwen an Riverside*

Adrès imèl pou livrezon dosye

Objektif piblikasyon an:

☐ Swen kontini ☐ Jwenn Asirans / Andikap ☐ Legal ☐ Lòt (Tanpri espesifye): _____

Otorizasyon pou divilge enfòmasyon:

1. Mwen konprann ke mwen bay pèmisyon mwen pou divilge dosye konfidansyèl swen sante, sof si sa endike anba a, ki gen rapò ak, si sa aplikab, maladi, seksyèlman transmisib (SIDA oswa VIH) sèvis sante sou konpòtman oswa mantal, tretman pou alkòl, abi dwòg ak enfòmasyon jenetik.
2. Mwen konprann sa ki vini annapre yo: Otorizasyon sa a volontè epi li pa yon kondisyon tretman. Yon fwa yo divilge enfòmasyon sante mwen bay lòt moun, yoka divulge l ankò bay lòt moun ki pa sou règleman vi prive. Mwen gen dwa anile otorizasyon sa a nenpòt kilè. Mwen dwe fè sa alekri epi prezante revokasyon ekri mwen bay Riverside. Nenpòt revokasyon pa aplike pou enfòmasyon ki te deja pibliye. Revokasyon an pa pral aplike a konpayi asirans mwen lè lalwa a bay konpayi asirans mwen dwa pou konteste yon reklamasyon nan règleman mwen an.
3. Otorizasyon sa a pral ekspire lè yo bay enfòmasyon ki mansyone anwo yo.
4. Mwen konprann ke frè kopi yo pral aplike, dapre regleman lopital la.

Siyati pasyan oswa reprezantan legal la

_____Dat _____Tan_____

Si se yon reprezantan legal ki siyen, kisa li ye pou pasyan an: _____

**pa aplikab pou Sante tout lavi* *(not applicable to Lifelong Health)*

POU SÈLMAN DEPATMAN AN ITILIZE (department use only)

Processed by_____ Date _____Time_____ ☐ Identity Verified ☐ Signature Verified

(replaces RRCC0385, RBHC0012B, RHS0242)

This is an exact translation of this form in English. Otorize pa Cyracom nan dat 18 Jiyè 2017; mizajou 18 Out; mizajou 19 Septanm; mizajou 20 Avril; mizajou 22 Jiyè

(1000) RRMC6724-HC R26 9/2022