

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

(ALBANIAN)

Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Location: _____

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME: _____

ADDRESS: _____

BIRTHDATE/AGE: _____

SEX: _____

HAR/CSN: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

Me anë të këtij dokumenti autorizoj subjektin e përzgjedhur më sipër, punonjësit dhe/ose agjentët e tij që (ZGJIDHNI NJË):

- Të kërkojnë dhe të marrin informacion nga ofruesi i kujdesit shëndetësor/organizata e specifikuar më poshtë.
 Të zbulojnë informacione nga kartela mjekësore e pacientit të lartpërmendur për marrësin e specifikuar më poshtë.

- Vetes së tyre (shih më sipër) Ofruesit të kujdesit shëndetësor (pa tarifë nëse dërgohet direkt në zyrën e mjekut) Organizatës/Individit/Tjetër (Shoqërisë së sigurimeve, avokatit etj.)

Emri: _____

Rruga: _____ Kutia postare/godina nr.: _____

Qyteti: _____ Shteti: _____ Kodi postar: _____

Numri i telefonit: _____ Faks: _____ Email: _____

KY INFORMACION ZBULOHET PËR QËLLIMET E MËPOSHTME:

- Vizita me specialistin Avokati/Çështje ligjore Komunikime verbale
 Transferimi i kujdesit të një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor Aftësi të kufizuar/aplikim për sigurim/pretendim Përdorim personal
 Ofruesi i kujdesit shëndetësor TJETËR (specifiko): _____ Para punësimit

TARIFA E KOPJES: Në bazë të HIPAA 45 CFR, 164.524, ne rezervojmë të drejtën për të vendosur një tarifë të arsyeshme të bazuar në kosto për prodhimin dhe postimin e kopjeve. Tarifat e bazuara në kosto nuk do të tejkalojnë asnjëherë ato të parashikuara në ligjin e Masachussets (Kreu 111 i MGL; seksioni 70).

Udhëzime: Zgjidhni NJË nga tre mundësitë e mëposhtme duke piketuar kutinë e duhur.

1. Vizita(t) individuale. Zgjidhni - Përmbledhja e vizitës ose Vizita e plotë.

- Përmbledhja e vizitës. Përfshin elementët kryesorë të vizitës/ave, duke përfshirë: raportet, analizat diagnostikuese (laboratorike, radiografi, EKG-të, testet e funksioneve të mushkërive, listën e medikamenteve të marra, alergjitë dhe raportet e transkriptuara të ofruesit të kujdesit shëndetësor). Përmbledhja përmban informacionin që kërkohet më shpesh dhe është më pak e kushtueshme.
 Vizita e plotë. Përfshin të gjithë dokumentacionin që ka të bëjë me një vizitë të caktuar.

Data(t) Nga: _____ Deri në: _____

2. Shërbimet specifike. Nëse dëshironi të merrni kopje VETËM për shërbimi(e) specifike, zgjidhni VETËM llojin(et) e raportit(ve) që kërkoni dhe jepni datën/shtrirjen kohore (kur janë ofruar shërbimet) në rreshtin e mëposhtëm.

Data(t) Nga: _____ Deri në: _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analiza kardiace- E zembrës | <input type="checkbox"/> Raporti(et) e ndërhyrjes kirurgjikale/procedurës |
| <input type="checkbox"/> Konsultat | <input type="checkbox"/> Raportet e patologjisë |
| <input type="checkbox"/> Përmbledhja e fletëdaljes | <input type="checkbox"/> Formularët e kujdesit shëndetësor të pacientit mbas daljes nga spitali |
| <input type="checkbox"/> Analizat neurologjike: EEG, EMG, ekzaminimi i gjumit | <input type="checkbox"/> Ekzaminimet pulmonare: Analizat e funksioneve pulmonare (mushkërive) |
| <input type="checkbox"/> Kartela e shërbimeve të emergjencës | <input type="checkbox"/> Raportet e shërbimeve radiologjike |
| <input type="checkbox"/> Të dhënat e vaksinimit | <input type="checkbox"/> Rehabilitimi: Terapia fizike, terapia profesionale, logoterapia |
| <input type="checkbox"/> Raportet laboratorike (analizat e gjakut) | <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko): _____ |
| <input type="checkbox"/> Shënime të klinikës/zyrës për Dr. _____ | <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiko): _____ |

3. E gjithë kartela mjekësore. Nga sa vijon, zgjidhni OSE kutinë Përmbledhje ose kutinë E gjithë kartela mjekësore.

Shënim: Përmbledhja dhe/ose e gjithë kartela mjekësore mund të përfshijnë të dhëna për të paktën njëzet (20) vjet nga data e vizitës së fundit.

- Përmbledhja e të gjithë kartelës mjekësore. Përfshin elementët kryesorë të vizitës/ave, duke përfshirë: raportet, analizat diagnostikuese (laboratorike, me rreze x, EKG-të, testet e funksioneve të mushkërive, listën e medikamenteve të marra, alergjitë dhe raportet e transkriptuara të ofruesit të kujdesit shëndetësor). Përmbledhja përmban informacionin që kërkohet më shpesh dhe është më pak e kushtueshme.
 E gjithë kartela mjekësore. Përfshin të gjithë dokumentacionin e të gjithë kartelës mjekësore të pacientit. Ju lutemi kini parasysh se zgjedhja e kësaj mundësie mund të rezultojë në shpenzime të konsiderueshme për përgatitjen e të dhënave

MBROJTUR NGA LIGJI FEDERAL OSE I SHTETIT

E kuptoj se kartela ime mjekësore mund të përmbajë informacion në lidhje me shëndetin tim mendor, çrregullimin nga përdorimi i alkoolit/substancave, dhunën seksuale, sëmundjet seksualisht të transmetueshme, abortin, analizat gjenetike, HIV/SIDA, dhunën në familje ose informacione të tjera që unë mund ti konsideroj si sensitive. Duhet të vendosni inicalet tuaja pranë llojeve të përmbajtjeve të informacionit më poshtë ose informacioni në fjalë NUK do të zbulohet.

- ___ Abort- Formularë miratimi ose urdhra gjykatë _____ Rezultate të analizave ekzaminuese gjenetike _____ Këshillim për dhunë seksuale
 ___ Këshillim për dhunë në familje _____ Rezultate të analizave të HIV/SIDË-s _____ Sëmundje seksualisht të transmetueshme
 ___ Detaje të diagnozës dhe/ose trajtimit të shëndetit mendor të ofruar nga psikologu, psikiatri, infermieri i specializuar i shëndetit mendor, këshilltari i licencuar i shëndetit mendor dhe punonjësi social i licencuar
 ___ Çrregullim nga përdorimi i alkoolit/substancave; duhet të specifikohet natyra e saktë e informacionit që kërkohet: _____

___ TJETËR (specifiko): _____

Vazhdoni në pjesën e pasme



E KUPTOJ SE:

- Ky autorizim bëhet në mënyrë të vullnetshme. Nuk më duhet të nënshkruaj për të marrë trajtim, përveç nëse qëllimi i vetëm i trajtimit është që të sigurojë informacion për një palë të tretë (shembull: ekzaminimin për qëllime punësimit).
- Sipas Njoftimit të Përbashkët për Praktikën e Informimit, kam të drejtën të shqyrtoj dhe të kërkoj kopje të kartelës time mjekësore. Duhet të merren masa për të shqyrtuar kartelën time mjekësore në vend; ju lutemi kontaktoni "Health Information Management Department" (informacioni më poshtë).
- Çdo dhënie informacioni paraqet mundësinë për t'u dhënë përsëri në mënyrë të paautorizuar. Une i çliroj "UMass Memorial Health Care" dhe subjektet e tij nga çdo detyrim ligjor që mund të lindë nga zbulimi ose rizbulimi i këtij informacioni.
- Unë gëzoj të drejtën ta shfuqizoj këtë autorizim në çdo kohë duke paraqitur një kërkesë me shkrim pranë "Health Information Management Department" në adresën e mëposhtme. Shfuqizimi nuk do të vlejë për informacionin që është zbuluar tashmë në përgjigje të këtij autorizimi. Shfuqizimi nuk do të vlejë për shoqëritë time të sigurimeve, në rastet kur ligji i jep siguresit të drejtën për të kundërshtuar një pretendim sipas policës sime të sigurimit.
- Të dhënat e mia për çrregullimin nga përdorimi i alkoolit/substancave mund të mbrohen në përputhje me rregullat federale që rregullojnë konfidencialitetin e të dhënave të pacientit që lidhen me abuzimin me alkoolin dhe drogën, 42 CFR Pjesa 2, dhe nuk mund të zbulohen pa pëlqimin tim me shkrim, përveç rasteve kur parashikohet ndryshe në rregulloret. Unë e kuptoj gjithashtu se mund ta shfuqizoj këtë pëlqim në çdo kohë, përveç në masën që veprimi është marrë në mbështetje të tij dhe se në çdo rast ky pëlqim skadon siç tregohet në seksionin "Skadimi i autorizimit" të formularit më poshtë. (Nëse nuk keni informacione lidhur me zbatimin e tij për të dhënat tuaja, kontaktoni me zyrën e ofruesit tuaj të kujdesit shëndetësor ose në linjën e privatësisë në 508-334-5551.)

SKADIMI I AUTORIZIMIT:

Përveç nëse është shfuqizuar ndryshe, ky autorizim skadon në datën, rastin ose gjendjen në vijim: _____

Nëse nuk specifikoj një datë, rast ose gjendje skadimi, ky autorizim do të jetë i vlefshëm për jo më shumë se nëntëdhjetë (90) ditë nga data e nënshkrimit e specifikuar më poshtë, me përjashtim të rasteve kur rregullat federale dhe/ose shtetërore parashikojnë ndryshe. Në rrethana të tilla, do të zbatohet perioda më e shkurtër kohore.

Formati i kërkuar për marrjen e kartelës mjekësore

Kopjet në përgjithësi ofrohen brenda 10 ditëve pune, në varësi të të dhënave të kërkuara.

MARRJA	ME POSTË	PËRMES PORTALIT TË PACIENTIT*	NË MËNYRË VERBALE
<input type="checkbox"/> Në kopje fizike	<input type="checkbox"/> Në kopje fizike <input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> *Nëse disponohet dhe vetëm nëse pacienti ka aktivizuar llogarinë e tij/saj	<input type="checkbox"/>

*Nëse dëshironi që kartelën tuaj mjekësore ta marrë dikush tjetër përveç jush (pacientit), ju lutemi jepni emrin dhe marrëdhënien që keni me të:

Emri: _____ Marrëdhënia: _____

****Nevojitet një kartë identiteti me fotografi kur merrni kopje të kartelës mjekësore.****

I kam plotësuar të gjitha seksionet e këtij formulari. Kam lexuar dhe kuptuar dëshmitë e mësipërme dhe autorizoj zbulimin e informacionit të kërkuar në anën e pasme të këtij formulari.

Nënshkrimi i pacientit/prindit/përfaqësuesit ligjor*

Emri me germa të mëdha

Data

Marrëdhënia e nënshkruesit me pacientin: _____

***Nëse nënshkruani si përfaqësues ligjor, paraqisni edhe dokumentet përkatëse që mbështesin statusin tuaj.**

Për pyetje, kontaktoni institucionin përkatës më poshtë ose qendrën mjekësore ku merrni kujdes.

UMass Memorial Health Care
C/O Health Information Management
55 Lake Avenue North
Worcester, MA 01655
Tel 508-334-5700 opt. 1
Fax 508-334-9721

UMass Memorial Medical Group
C/O Community Practices
367 Plantation Street
Worcester, MA 01605
Tel 508-334-1438
Fax 508-334-1448

****Një kopje e autorizimit të plotësuar duhet t'i jepet pacientit.****

