

FORMULIR PEMBERIAN WEWENANG UNTUK MELEPASKAN INFORMASI KESEHATAN PRIBADI

19 Old Rollinsford Road
Dover, NH 03820
Telepon: (603) 749-2346
Fax: (603) 749-2748

Avis Goodwin Community Health Center

22 South Main Street
Rochester, NH 03867
Telepon: (603) 332-4249
Fax: (603) 332-4265

40 Winter Street
Rochester, NH 03867
Telepon: (603)332-5500
Fax: (603) 332-0410

Nama Pasien: _____ **Tgl. Lahir:** _____

Saya memberi wewenang pada *Avis Goodwin Community Health Center* ("AGCHC") untuk menggunakan atau mengungkapkan informasi kesehatan pribadi milik individu yang namanya disebutkan di atas, sebagaimana diuraikan di bawah ini:

Individu/Badan yang menerima/memberikan Informasi ini:

Nama: _____

No. Telepon: _____

Alamat: _____

No. Fax: _____

Kota/Negara Bagian/Kode Pos: _____

Apakah tujuan pelepasan informasi ini untuk mengalihkan perawatan kesehatan Anda? Ya Tidak

Jika ya, harap tandai di bawah ini untuk perawatan yang Anda alihkan ke penyedia layanan kesehatan lain:

Medis Gigi Kesehatan Perilaku Semua

Jika tidak, tujuan pelepasan informasi: _____

Harap beri inisial nama pada jenis dan jumlah informasi yang digunakan atau disingkapkan berikut ini:

_____ Informasi mengenai diagnosa medis, tes dan perawatan

_____ Informasi mengenai diagnosa gigi, tes dan perawatan

_____ Sinar x gigi; tanggal dilakukan sinar x: _____

_____ Catatan imunisasi

_____ Catatan masa hamil, salinan semua tes lab (termasuk hasil tes HIV) dan/atau scan

_____ Ringkasan catatan mengenai saat menjelang kelahiran dan saat melahirkan; tanggal melahirkan: _____

_____ Hasil Tes Kehamilan

_____ Penyakit Menular Seksual

_____ HIV/AIDS

_____ Evaluasi, laporan, penilaian, ringkasan psikis/psikologis, atau dokumen-dokumen lain dengan diagnosa, prognosa, rekomendasi, atau catatan tes dan pengamatan tingkah laku.

*** Diketahui oleh Dokter:** _____ **Tanggal:** _____

_____ Lainnya: _____

Metode Penyingkapan yang Diizinkan: Melalui fax, percakapan telepon, secara pribadi dan/atau e-mail terenkripsi

- Saya paham bahwa saya berhak membatalkan pemberian wewenang ini secara tertulis kapan saja dengan memberikan pemberitahuan secara tertulis pada AGCHC. Pembatalan akan berlaku pada tanggal saat diterima.
- Saya paham bahwa pembatalan tidak akan berlaku atas seberapa jauh AGCHC telah mengambil tindakan berdasarkan pemberian wewenang sebelum tanggal pembatalan, atau jika pemberian wewenang tersebut diperoleh sebagai syarat mendapatkan jaminan asuransi dan penyedia asuransi memiliki hak secara hukum untuk menolak klaim.
- Saya paham bahwa dokter saya biasanya tidak boleh membuat persyaratan atas layanan kesehatan saya berdasarkan apakah saya menandatangani pemberian wewenang atau tidak, kecuali jika layanan tersebut diberikan pada saya dengan tujuan membuat informasi kesehatan bagi pihak ke tiga.
- Saya paham bahwa informasi yang digunakan atau disingkapkan sesuai dengan pemberian wewenang tersebut dapat disingkapkan kembali oleh penerima informasi dan tidak lagi dilindungi oleh peraturan privasi negara.
- Saya paham bahwa saya berhak: 1. Memeriksa atau membuat salinan informasi kesehatan yang dilindungi untuk digunakan atau disingkapkan sebagaimana diizinkan menurut hukum Negara, 2. Menolak menandatangani pemberian wewenang ini.
- Kecuali bila dibatalkan, saya paham bahwa pemberian wewenang ini berakhir pada saat mana yang lebih awal, satu tahun sejak tanggal ditandatangani atau _____. (Jika tidak diisi, pemberian wewenang ini akan berakhir satu tahun setelah tanggal ditandatangani).
- Kecuali bila disebutkan, hanya catatan elektronik selama dua tahun terakhir yang akan dikirimkan.

Tanda Tangan Pasien dan/atau Kuasa Hukum: _____ **Tanggal:** _____

Hanya untuk pemakaian kantor: Saksi: _____ Tanggal: _____
Dikirim oleh: _____ Tanggal: _____