

فرم درخواست بازبینی، کپی برداری و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده

در این اطلاعیه نحوه درخواست بررسی، بازبینی، کپی برداری و افشای اطلاعات بهداشتی که از شما در اختیار داریم، شرح داده می شود. لطفاً آنرا با دقت مرور کرده و همه صفحات را پر کنید. آنرا به نشانی بالای فرم ارسال کنید.

| بخش A: اطلاعات عضو | | | |
|--------------------|---------------|----------|--|
| نام عضو: | | | |
| نشانی عضو: | | | |
| شهر: | ایالت: | کد پستی: | |
| تاریخ تولد: | شماره ID عضو: | تلفن: | |

| بخش B: نوع اطلاعات | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | مدارک مدیریت مراقبتی |
| <input type="checkbox"/> | مدارک مربوط به ادعاها |
| <input type="checkbox"/> | فرم عضویت |
| <input type="checkbox"/> | درخواست های اجازه پزشکی |
| <input type="checkbox"/> | اعلامیه اقدامات |
| <input type="checkbox"/> | مدارک مربوط به ادعاهای داروخانه |
| <input type="checkbox"/> | درخواست های اجازه قبلی داروخانه |
| <input type="checkbox"/> | اظهاریه های دادرسی ایالتی |
| <input type="checkbox"/> | غیره (لطفاً قید کنید): |
| <input type="checkbox"/> | خلاصه اطلاعات بالا |



بخش C: فرم/فرمت

کاغذی

پرونده الکترونیکی

غیره (لطفاً قید کنید):

اگر L.A. Care نتواند فوراً اطلاعات را در فرم یا فرمتی که درخواست کرده اید تهیه کند، اطلاعات به صورت نسخه چاپی قابل خواندن یا فرم/فرمت دیگری که موافقت کرده اید به شما ارائه خواهد شد.

بخش D: روش تحویل

بازبینی در دفاتر L.A. Care

تحویل شخصی در دفاتر L.A. Care

ارسال به نشانی عضو که در پرونده وجود دارد

ارسال برای نشانی و/یا شخص دیگر (لطفاً مشخص کنید):

نام:

نشانی:

شهر/ایالت/کد پستی:

بخش E: منظور

من توجه دارم که L.A. Care ممکن است بابت ارائه کپی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده ام از من هزینه دریافت کند. من توجه دارم که برای اطلاع دادن هزینه کپی ها با من تماس خواهید گرفت.

اگر برای خلاصه درخواست کرده باشم، توجه دارم که ممکن است هزینه آماده سازی خلاصه را از من مطالبه کنید. هزینه می تواند شامل زمان تخمینی صرف شده و هزینه تهیه خلاصه باشد. اگر تقاضا کرده باشم که خلاصه را برای من پست کنید، ممکن است هزینه پست را نیز از من دریافت کنید. من توجه دارم که برای اطلاع دادن هزینه خلاصه با من تماس خواهید گرفت.



نشانی ارسال: Privacy Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
(888) 452-2273
privacyofficer@lacare.org

| |
|--|
| بخش F: امضاء |
| تاریخ امروز |
| امضای عضو یا نماینده شخصی: |
| در صورت نماینده بودن، وابستگی را قید کنید: |

| L.A. CARE USE ONLY |
|--|
| Date Received/Filled Out: |
| If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person): |
| Staff Member Name: |
| Staff Member Extension: |
| Date Information Released: |
| Staff Name: |