

Nashoba Valley Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER

Demann/Otorizasyon Pasyon pou Itilize ak/oswa Pibliye Enfòmasyon sou Sante ki Pwoteje

Dosye Medikal # _____

Sou baz fòm sa a, mwen bay NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER otorizasyon pou li itilize epi/oswa pibliye Enfòmasyon sou Sante Pwoteje byen presi, yo ekri anba a ki soti nan dosye medikal mwen:

1) NON PASYAN AN: (Tanpri ak Lèt Detache) _____ Dat Nesans : _____

Adrès: _____
 Ri _____ Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Nimewo Telefòn pou Kontakte: _____

Imèl: (si li aplikab) _____

2) ENFÒMASYON POU YO PATAJE BAY:

Non Moun nan oswa Etablisman an (Tanpri ekri an lèt detache) _____

Adrès (Tanpri ak lèt detache) _____ Vil _____ Eta _____ Kòd Postal _____

Imèl: (si li aplikab) _____

Nimewo faks _____

Nimewo telefòn _____

3) Metòd Livrezon Prefere -

- Imèl
- Kourye Lapòs nan adrès ki nan # 2 anwo a
- Pase Pran li An Pèsòn

4) Dat Tretman Soti: _____ **Pou:** _____

5) DOSYE/RAPÒ BYEN PRESI POU YO PIBLIYE:

- Dosye epi Prezans
- Fizik Entène
- Rezime sou Egzeyat
- Konsiltasyon Ijans
- Rapò EKG
- Rezilta Laboratwa
- Rapò sou Imajri (Presize CT, Radyografi, MRI)
- Rapò sou Patoloji
- Nòt sou Operasyon
- Sèvis Reyabilitasyon (PT, OT, Lapawòl)
- Lòt (ou dwe presize) _____

6) RESTRIKSYON SOU PATAJ LA: Nou p ap pibliye dokiman ki vin apre yo **sof si** ou tcheke ti kare a epi ou bay yon siyati anplis:

Pibliye	Siyati	Pibliye	Siyati
<input type="checkbox"/> Pwofesyonèl Swen Sante Mantal/Konpòtmantal Dokiman*		<input type="checkbox"/> Rezilta* Tès/Egzamen Jenetik	
<input type="checkbox"/> Rezilta Tès Depistaj VIH/SIDA		<input type="checkbox"/> Abi Alkòl Tretman*** ak/oswa <input type="checkbox"/> Lòt Sibstans	
<input type="checkbox"/> Kominikasyon Konfidansyèl avèk yon Travayè Sosyal		<input type="checkbox"/> Abi ak Neglijans sou Timoun/Granmoun	
<input type="checkbox"/> Konsèy pou Moun ki Viktim Kadejak/Agresyon Seksyèl		<input type="checkbox"/> Konsèy pou Moun ki Viktim Vyolans nan Kay	
<input type="checkbox"/> Maladi Moun pran nan Fè Sèks			

* Otorizasyon sa a pa valab pou itilize oswa pibliye nòt sou sikoterapi yo

** Ekspresyon "tès jenetik" la gen rapò sèlman ak yon seri tès ki detèmine posibilite pou ou vin gen yon maladi alavni, se pa tès yo fè kòm dyagnostik pou yon maladi oswa yon pwoblèm aktyèlman.

***Aplikab sèlman pou dosye ki te kreye dapre yon "moun oswa yon antite ki prezante li kòm moun oswa antite ki ap bay yon dyagnostik, yon tretman pou kesyon alkòl oswa dwòg, oswa ki ap bay oryantasyon

pou tretman". (42 CFR Part 2) Li pa obligatwa pou dosye ki te kreye oswa yo konsève nan yon etablisman medikal jeneral.

ENPÒTAN: OTORIZASYON SA A PA VALAB SOF SI YO RANPLI TOUT PATI KI APLIKAB YO EPI YO SIYEN FÒM NAN NAN PAJ 2 A

SCA.roi

Otorizasyon pou Itilize epi Pibliye Enfòmasyon sou Sante ki Pwoteje (HIM 44)

SHC_ROI_14000 01/2022 Page 1 of 2 Dosye Medikal Orijinal

SHC_ROI_Authorization for Use a 1: Haitian Creole Version: 11/10/22; LLTS

Nashoba Valley Medical Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER

Demann/Otorizasyon Pasyan pou Itilize ak/oswa Pibliye Enfòmasyon sou Sante ki Pwoteje

7) DEMANN POU ANILE:

Mwen mande pou yo retire kesyon entèn / vizit byen presi ki vin apre yo nan demann sa a _____ (presize dat sèvis la)

8) REZON KI FÈ YO AP PIBLIYE LI:

Swen Medikal Jiridik Asirans Pèsonèl Lòt _____

*yo kapab fè ou peye kèk frè

9) TÈM: Otorizasyon sa a ap rete an vigè pou ennan (1 lane) oswa:

- Jiskaske **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** ranpli demann sa a.
 Soti nan dat Otorizasyon sa a pou rive _____ nan dat _____ 20 _____
 Jiskaske evènman ki vin apre yo rive: _____
 Lòt: _____

10) ANILASYON: Mwen konprann mwen kapab anile Otorizasyon sa a nan nenpòt moman lè mwen voye yon demann bay **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** nan adrès yo bay anba a. Anilasyon an ap an vigè tousuit **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** fin resevwa avi mwen voye alekri a. Mwen konprann si mwen anile, sa p ap gen okenn efè sou kèlkeswa aksyon **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** te fè sou baz Otorizasyon sa a anvan li te resevwa avi sou anilasyon an.

Attention Health Information Management
NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER
200 Groton Road
Ayer, MA 01432

11) EFÈ SOU TRETMAN/PÈMAN/ENSKRIPSYON/KALIFIKASYON: Mwen konprann mwen kapab refize siyen Otorizasyon sa a pou nenpòt rezon epi si mwen refize siyen, sa p ap gen efè sou kòmansman, kontinyasyon oswa kalite tretman, pèman, enskripsyon nan plan sante oswa kalifikasyon mwen pou avantaj nan **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER**.

12) POSIBILITE POU PIBLIYE ANKÒ: Mwen konprann moun ki resevwa Enfòmasyon Pwoteje sou Sante mwen kapab pa oblije respekte lwa federal ak Eta a sou kesyon konfidansyalite a, epi lwa federal ak Eta a ki aplikab yo kapab pa pwoteje Enfòmasyon Pwoteje Sante mwen ankò yonfwa **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** fin pibliye yo bay.

13) AKSÈ: Mwen konprann gen kèk sikonstans kote **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** gen dwa pou li refize ban mwen askè nan tout oswa kèk pati nan Enfòmasyon Pwoteje sou Sante mwen **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** af voye yon mesaj alekri pou mwen, konsènan nenpòt refi yo bay.

Mwen te li epi mwen konprann tèm ki nan Otorizasyon sa a, epi mwen te gen posibilite pou mwen poze kesyon sou fason yo pral itilize epi/oswa pibliye enfòmasyon sou sante mwen yo. Lefètke mwen siyen anba a, sou baz fòm sa a, mwen rekonèt epi mwen chwazi bay **NASHOBA VALLEY MEDICAL CENTER** otorizasyon pou li itilize ak/oswa pibliye enfòmasyon sou sante mwen yo nan fason yo dekri sa anwo a.

14) _____
Siyati Pasyan an _____ Dat _____

Non Pasyan an ak Lèt Detache _____ Temwen _____

For Office Use:
 I.D. Verification _____

Siyati reprezantan pasyan an otorize a. Si pasyan an se yon minè oswa si li pa kapab siyen Otorizasyon sa a:

15) _____
Siyati Pasyan an _____ Dat _____

Non Reprezantan Pasyan an ak Lèt Detache _____ 15) _____
Relasyon ak pasyan an oswa otorite pou aji nan non pasyan an

Se Direktè HIM lopital la yo dwe poze kesyon ki gen rapò ak pataj la.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
 Copy of this authorization provided to the personal representative

ENPÒTAN: OTORIZASYON SA A PA VALAB SOF SI YO RANPLI TOUT PATI KI APLIKAB YO EPI YO SIYEN FÒM NAN NAN PAJ 2 A