حروف اول نام مددجو: _____ تاریخ: _____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد

اشخاص و نهادهای مجاز جانبی برای افشای اطلاعات بهداشتی مرتبط با اختلال مصرف مواد

هدف سند: تکمیل این فرم اختیاری است و صرفاً باید برای اعطای مجوز به اشخاص یا نهادهای جانبی جهت اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی حفاظت‌شده شما در ارتباط با اختلال مصرف مواد (SUD)، افزون بر نهادهای مشخص‌شده فعلی در فرم پیوست مجوز افشای اطلاعات (ROI)، مطابق با بخش ۲ از عنوان ۴۲ مجموعه مقررات فدرال ایالات متحده (42 CFR Part 2)، استفاده شود. هدف، محدودیت‌ها و شرایط مندرج در فرم پیوست ROI، از جمله تاریخ لازم‌الاجرا شدن، تاریخ یا شرایط انقضا و تاریخ لغو مجوز، در مورد این سند نیز اعمال می‌شود. این فرم باید هنگام امضای فرم قابل‌الاجرای ROI، تکمیل و به آن پیوست شود. این فرم را نمی‌توان به فرم ROI که قبلاً امضا شده است الحاق کرد یا همراه با آن استفاده نمود.

لطفاً در زیر مشخص کنید که اشخاص یا نهادهای مجاز را به کدام فرم ROI اضافه می‌کنید:

☐ فرم ROI برای درمان و هماهنگی مراقبت‌های SAPC **یا** ☐ فرم ROI برای مراحل قانونی SAPC

I. مشخصات مددجو			
نام (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	تاریخ تولد:	شماره Medi-Cal:	شناسه Sage:

II. نهادهای مجاز برای اشتراک‌گذاری اطلاعات بهداشتی

در قسمت‌های زیر، اطلاعات تماس اشخاص یا نهادهای جانبی را وارد کنید که به آن‌ها اجازه می‌دهید اطلاعات حفاظت‌شده شما در ارتباط با اختلال مصرف مواد را مطابق با فرم ROI که این فرم به آن پیوست می‌شود، افشا کنند.

1. نام نهاد: _____
   آدرس: _____
   شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____
   ایمیل: _____ وب‌سایت: _____
2. نام نهاد: _____
   آدرس: _____
   شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____
   ایمیل: _____ وب‌سایت: _____
3. نام نهاد: _____
   آدرس: _____
   شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____
   ایمیل: _____ وب‌سایت: _____
4. نام نهاد: _____
   آدرس: _____
   شماره تلفن: _____ شماره فکس: _____
   ایمیل: _____ وب‌سایت: _____