

**Enfomasyon pasyan an:**

Non: \_\_\_\_\_  
 Dat li fèt: \_\_\_\_\_

Telefòn: 410-543-7075 Faks: 410-912-5794

Imèl: inforelease@tidalhealth.org

**Mwen, ki gen siyati m anba la, otorize nan dokiman sa TidalHealth bibliye kopi enfòmasyon sou sante pwoteje (PHI) bay destinatè ki anba:**

**Destinatè:**

Non: \_\_\_\_\_  
 Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_

Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_

#Telefòn: \_\_\_\_\_

Imèl: \_\_\_\_\_

**Objektif pou biblikyon:**


---



---



---

Tyeke bwat si divilgasyon an se sou demann pasyan  
an oswa reprezantan otorize a

**TidalHealth otorize pou I bibliye/mande rapò medikal annapre yo (tanpri make enfòmasyon ou vle nou voye yo):**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tou tdosye medikal   | <input type="checkbox"/> Dat Sèvis: _____                        |  |
| <input type="checkbox"/> Se sèlman atik sa yo nan dosye medikal mwén an (tyeke tout sa ki valab):   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Chiriji Pasyan Ekstèn  | <input type="checkbox"/> Istwa admisyon ak fizik                 | <input type="checkbox"/> Medsin                |
| <input type="checkbox"/> Dosye Sal Dijans   | <input type="checkbox"/> Rezime Egzyat                           | <input type="checkbox"/> Medsin Nikleyè        |
| <input type="checkbox"/> Radyografi, EKG, EEG, Laboratwa  | <input type="checkbox"/> Klinik                                  | <input type="checkbox"/> Rapò sou Konsiltasyon |
| <input type="checkbox"/> Fonksyon Poumon  | <input type="checkbox"/> Rapò sou Operasyon ak Rapò sou Patoloji |  |
| <input type="checkbox"/> Sèvis sante repwodiktif ( <b>Pou rezidan Delaware sèlman:</b> "sèvis sante repwodiktif" pou enkli (1) "avòtman" jan lwa eta a defini a, (2) "mete fen a gwo sès" jan lalwa eta a otorize, (3) sèten kontrasepsyon ijans, ak (4) <b>sèvis ki gen rapò ak gwo sès</b> oswa met fen a gwo sès ki <b>enkli sèvis medikal, chirijikal, konsèy oswa rekòmandasyon.</b> ) |  |  |
| <input type="checkbox"/> Lòt (presize): _____   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Aksè nan MyChart (Pòtay Pasyan): _____   |  |  |

Pasyan dwe bay adrès imel li

**Mwen otorize TidalHealth pou enkli enfòmasyon sa yo nan dosye yo bibliye (sof si mwen te tcheke bwat sa yo, enfòmasyon ki dekri anba a PA pral bibliye):**

- Dosye sante mantal       Dosye tretman depandans ak/oswa alkòl       rezulta tès VIH/SIDA  
 Dosye Medikal ou resevwa nan men yon lòt founisè swen sante

Dosye medikal ou resevwa nan men lòt founisè swen sante yo pap bibliye si founisè sa a entèdi divilgasyon an.

**Li klè pou mwen enfòmasyon yo itilize oswa mete deyò selon otorizasyon an, moun k ap resevwa yo ap kapab mete yo deyò ankò epi enfòmasyon yo p ap pwoteje ankò pa règleman sa.**

TidalHealth pa kapab kondwi tretman, peman, enskripsyon oswa kalifikasyon pou benefis nan bay oswa refize bay otorizasyon sa a. sof si: (a) Otorizasyon sa a se pou rechèch klinik, nan ka sa a TidalHealth ka kondisyonne tretman ki gen rapò ak rechèch sou bay otorizasyon sa a; oswa (b) TidalHealth bay swen sante sèlman pou kreye enfòmasyon sou sante pou divilgasyon bay yon twazyèm pati (tankou yon travay fizik), nan ka sa a Peninsula Regional Medical Center ka kondisyonne dispozisyon pou sante sa a. swen pou bay Otorizasyon sa a.

Otorizasyon sa pral ekspire nan yon (1) lane. Mwen konprann mwen ka revoke otorizasyon sa pa ekri a kenepòt moman pa voye yon revokasyon ekri ba Ofisy Konfidansyalite, TidalHealth Peninsula Regional, 100 E. Carroll St., Salisbury MD 21801.

Siyati pasyan/Reprezantan

Adrès

Vil, Eta, kòd postal

Jou sa siyen

Nimewo Telefòn

Relasyon ak Reprezantan an

Non enprime

Dekri Otorite Reprezantan pou I agi pou pasyan an  
(Si ou siyen tankou yon reprezantan legal, tanpri bay dokiman yo pou sipòte estati sa)

Yo dwe bay pasyan /reprezantan an yon kopi otorizasyon sa.  
**REMAK: frè estanda ka aplike jan lalwa pèmèt sa.**