

Primer: _____ Perawatan Gigi: _____ Prenatal: _____

Formulir Pendaftaran Pasien (2 halaman)

Baru Tahunan

Lokasi Rumah:

Families First

HH

Goodwin Community Health

Lilac City Pediatrics

PASIENT:

Nama: _____ Tanggal Lahir: ____/____/____ Gender (pada saat lahir): L P

Alamat Surat: _____ Kota: _____ Negara Bagian: _____ Kode pos: _____

Alamat Fisik: _____ Kota: _____ Negara Bagian: _____ Kode pos: _____

Telepon Rumah: (____) _____ **Boleh meninggalkan pesan suara?** Ya Tidak

Telepon Seluler: (____) _____ **Boleh meninggalkan pesan suara?** Ya Tidak **Boleh kirim pesan teks kepada Anda?** Ya Tidak

Alamat Surel: _____ (Akses portal pasien tersedia atas permintaan)

Status Pernikahan: Menikah Lajang Cerai Hidup Cerai Mati

Etnis: Hispanik Non-Hispanik

Ras: Kulit Putih Asia Penduduk Asli Hawaii/Kepulauan Pasifik Kulit Hitam/Afrika Amerika Indian Amerika Lebih dari satu ras Lainnya _____

Status Veteran: Veteran Non-Veteran

Warga AS Ya Tidak

Status Pekerjaan Agrikultur: Non-Agrikultur Musiman Migran Dipekerjakan sepanjang tahun Pensiunan pekerja kebun

Identitas Gender: L P Perempuan ke Laki-Laki Laki-Laki ke Perempuan Genderqueer Lainnya _____ Memilih tidak menjawab

Panggilan yang Disukai: He/Him/His She/Her/Hers They/Their/Theirs Lainnya _____

Orientasi Seks: Lesbian atau Gay Straight Bisexual Lainnya _____ - _____ Tidak tahu Memilih tidak menjawab

Kondisi Tempat Tinggal: Sewa Milik Sendiri Bersama kerabat/teman Penampungan Rumah sementara lainnya _____

Bahasa: _____ **Apakah Anda Tuli?** Ya Tidak *Seorang juru bahasa dapat disediakan atas permintaan*

ORANG TUA/WALI: (Isi jika pasien berusia di bawah 18 tahun atau memiliki wali hukum)

1.) Nama: _____ Tanggal Lahir: ____/____/____ Telepon: (____) _____

Alamat: _____ Kota: _____ Negara Bagian: _____ Kode pos: _____

Hubungan dengan Pasien: Ibu Ayah Lainnya (harap isi): _____ Jenis Kelamin: L P

2.) Nama: _____ Tanggal Lahir: ____/____/____ Telepon: (____) _____

Alamat: _____ Kota: _____ Negara Bagian: _____ Kode pos: _____

Hubungan dengan Pasien: Ibu Ayah Lainnya (harap isi): _____ Jenis Kelamin: L P

KONTAK DARURAT: (Pada situasi darurat, orang yang tercantum di bawah ini akan diberi tahu bahwa Anda menerima perawatan di fasilitas kami)

Nama: _____ Hubungan: _____ Telepon: (____) _____

Boleh berbicara terkait dengan Perawatan Kesehatan Janji Rumah Sakit Setempat yang Dipilih: _____

***BIAYA CAKUPAN MUNGKIN MEMERLUKAN PEMBERITAHUAN KE PENYEDIA ASURANSI DARI PERUSAHAAN ASURANSI ANDA. INI ADALAH TANGGUNG JAWAB PASIEN.** _____ (Paraf)

Nama Asuransi Primer: _____ Polis #: _____ Grup #: _____

Nama Nasabah: _____ TGL LHR Nasabah: _____ Hubungan dengan Pasien: _____

Nama Asuransi Sekunder/Perawatan Gigi: _____ Polis #: _____ Grup #: _____

Nama Nasabah: _____ TGL LHR Nasabah: _____ Hubungan dengan Pasien: _____

Perusahaan penyedia perlindungan asuransi: _____

1. Dari mana Anda tahu tentang kami? _____ **(Hanya Pasien baru)**

2. Apakah Anda mengalihkan perawatan dari kantor medis atau perawatan gigi lain? Ya Tidak Jika ya, di mana? _____

Tanda Tangan Pasien/Wali: X _____ Tanggal: _____

UNTUK PENGGUNAAN KANTOR - PEMBERITAHUAN PASIEN

 PERSETUJUAN PENOLAKAN Kedaluwarsa: _____

Kategori Penyesuaian Biaya & Diskon: _____ / _____

Silakan cari jumlah anggota keluarga Anda kemudian ikuti baris itu dan lingkari tingkat yang paling dekat dengan **pendapatan tahunan rumah tangga** Anda. Ini membantu kami memenuhi persyaratan penggunaan dana dari negara bagian dan federal yang kami terima.

Ukuran Keluarga	Antara	Antara	Antara	Antara	Di atas
1	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$20,783	\$20,784 - \$25,602	\$25,603 - \$30,120	\$30,121
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$28,207	\$28,208 - \$34,748	\$34,749 - \$40,880	\$40,881
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$35,632	\$35,633 - \$43,894	\$43,895 - \$51,640	\$51,641
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$43,056	\$43,057 - \$53,040	\$53,041 - \$62,400	\$62,401
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$50,480	\$50,481 - \$62,186	\$62,187 - \$73,160	\$73,161
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$57,905	\$57,906 - \$71,332	\$71,333 - \$83,920	\$83,921
7+	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$65,329	\$65,330 - \$80,478	\$80,479 - \$94,680	\$94,681

PENERAPAN DISKON PENYESUAIAN BIAYA Greater Seacoast Community Health menawarkan diskon berdasarkan pendapatan untuk pasien yang tidak diasuransikan, atau yang asuransinya tidak mencakup layanan tertentu (seperti perawatan kesehatan gigi atau perilaku).

Untuk mengajukan Diskon Penyesuaian Biaya, Harap isi tabel di bawah. Diskon didasarkan pada ukuran keluarga dan pendapatan rumah tangga. Anda harus mengirimkan **bukti pendapatan** dalam waktu 30 hari sejak tanggal layanan atau tanggal pada formulir ini. Kami akan memberi tahu apa kategori penyesuaian biaya dan diskon Anda, dan Anda berhak atas diskon ini **selama satu tahun**.

Contoh jenis pendapatan:

- Jaminan Sosial
- Bantuan untuk anak
- Bisnis
- Disabilitas
- Alimentasi
- Lainnya
- Pensiunan
- Pembayaran uang kesejahteraan

Contoh bukti pendapatan:

- 4 minggu potongan gaji saat ini dan berturut-turut
- Laporan pajak terkini
- 4 minggu potongan cek **tunjangan pengangguran**

Jika mengajukan Diskon Penyesuaian Biaya, harap berikan informasi di bawah ini untuk Anda sendiri dan semua orang di rumah Anda.

Nama (Depan, Inisial Tengah, Belakang)	Jenis Kelamin	Hubungan dengan Anda	Tanggal Lahir	Pendapatan & Frekuensi	Jenis Pendapatan
		DIRI SENDIRI		\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
Ukuran Keluarga:				Pendapatan Rumah Tangga: \$	

Informasi yang diberikan di atas adalah yang terbaru dan akurat sepanjang pengetahuan saya. Saya memahami bahwa jika informasi yang diberikan ternyata tidak akurat, diskon apa pun yang diberikan dapat dibatalkan.

SAYA sendiri mengajukan Diskon. Saya **TIDAK** mengajukan Diskon. Beri tahu saya tentang pilihan asuransi kesehatan yang tersedia untuk saya.

Tanda Tangan Pasien/Wali **X** _____ Tanggal: _____

HANYA UNTUK KANTOR:

Tanggal Persetujuan: _____

Biaya Medis Biasa:

Pembayaran Perawatan Gigi Biasa:

Pembayaran Perawatan Gigi Besar:

 Kategori 1 \$30 \$40 \$40+ Kategori 2 40% 50% 60% Kategori 3 60% 65% 75% Kategori 4 80% 80% 90% Bayar Penuh Bayar Penuh Bayar Penuh Bayar Penuh

Berdasarkan POI sebesar \$ _____

 bulanan tahunan menolak

Nama Staf: _____ Tanggal: _____

Ditinjau oleh: *Front Office Supervisor* atau *Authorized Designee* * Verifikasi dan Persetujuan tercermin dari paraf, tanggal dan kategori secara langsung pada pendapatan (dapat dilakukan peninjauan tambahan).

Persetujuan Tindakan

Greater Seacoast Community Health (termasuk Goodwin Community Health, Families First Health Center, dan Lilac City Pediatrics) meminta pasien kami untuk memahami dan menyetujui informasi dalam dokumen ini. Informasi lebih lanjut tersedia pada dokumen terpisah, seperti yang disebutkan di bawah ini. Jika Anda punya pertanyaan apa pun tentang informasi ini, silakan tanyakan pada staf kantor kami.

Persetujuan Umum untuk Diagnosis, Perawatan dan Pengobatan Rawat Jalan

- Saya secara sukarela datang ke Families First, Goodwin Community Health, atau Lilac City Pediatrics untuk mencari layanan kesehatan medis, perawatan gigi dan/atau perilaku.
- Saya memberikan izin kepada penyedia layanan di lokasi praktik ini untuk melakukan pemeriksaan dan tes, membuat rujukan, dan memberikan prosedur dan perawatan yang diperlukan untuk diagnosis dan perawatan saya.
- Layanan ini dapat disediakan di lokasi kantor atau melalui layanan kesehatan jarak jauh (telepon atau video), sebagaimana disepakati saat janji saya dijadwalkan.
- Saya memahami bahwa setiap perawatan memiliki risiko dan manfaat. Saya memahami bahwa saya harus mendiskusikan semua kekhawatiran yang saya miliki terkait potensi risiko dan manfaat dari perawatan tersebut dengan penyedia layanan perawatan kesehatan saya atau anak saya.
- Saya memahami bahwa Greater Seacoast Community Health menyediakan berbagai layanan terintegrasi di berbagai lokasi, termasuk layanan medis, perawatan gigi, kesehatan mental, perawatan gangguan penyalahgunaan zat, pekerjaan sosial, keluarga, dan layanan lainnya. Saya memahami bahwa staf Greater Seacoast yang menyediakan layanan berbeda ini dapat membagikan informasi yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan perawatan saya.

Kerahasiaan, Privasi, dan Pengungkapan Informasi Kesehatan

- Undang-undang federal dan negara bagian memastikan bahwa komunikasi antara pasien dan penyedia layanan medis bersifat rahasia. Kami tidak dapat dan tidak akan mengungkapkan catatan medis kepada orang lain kecuali jika pasien memberikan izin secara tertulis kepada kami untuk melakukannya, atau berdasarkan pengecualian hukum tertentu terhadap undang-undang. Pengecualian ini termasuk ketika anggota staf mencurigai pelecehan, penelantaran, atau eksploitasi anak atau orang dewasa yang lumpuh, atau bahwa pasien dapat melukai diri sendiri atau orang lain. Staf kami diamanatkan oleh undang-undang untuk melaporkan situasi ini.
- Greater Seacoast diwajibkan oleh hukum untuk menjaga privasi informasi kesehatan pasien, dan untuk memberikan Pemberitahuan Praktik Privasi kepada pasien. (Informasi tentang pemberitahuan ini di bawah.)
- Greater Seacoast dapat membagikan informasi tentang pasien, termasuk Informasi Kesehatan yang Dilindungi dan informasi tentang alkohol dan penggunaan obat-obatan, dengan penyedia rujukan dan/atau mitra kesehatan terintegrasi yang dengannya, Greater Seacoast memiliki Perjanjian Rekanan Bisnis untuk kelangsungan perawatan pasien. (Perjanjian Rekanan Bisnis adalah perjanjian yang ditandatangani dengan bisnis atau penyedia layanan kesehatan lain. Perjanjian tersebut mengharuskan kedua pihak untuk merahasiakan informasi pasien.)

Layanan Kesehatan Perilaku

- Penyedia Layanan Kesehatan Perilaku dan Kesehatan Mental di Greater Seacoast Community Health adalah bagian dari tim perawatan primer. Setiap informasi yang diberikan pasien kepada penyedia layanan kesehatan mental, termasuk informasi tentang kesehatan mental dan/atau penggunaan alkohol dan obat-obatan, dicatat pada arsip kesehatan elektronik. Penyedia dan staf pendukung yang terlibat dalam perawatan mereka, atau yang diminta untuk memproses informasi kesehatan untuk tujuan administratif, dapat mengakses arsip ini tanpa otorisasi.

- Berdasarkan undang-undang New Hampshire, anak di bawah umur 12 tahun atau lebih dapat secara sukarela mengajukan dirinya sendiri untuk mengobati ketergantungan obat atau masalah terkait narkoba lainnya tanpa persetujuan dari orang tua atau wali. Semua arsip yang terkait dengan perlakuan semacam itu bersifat rahasia kecuali anak di bawah umur tersebut diperiksa atau dirawat dengan persetujuan tertulis.

Perjanjian Tanggung Jawab Finansial dan Pemberian Manfaat

- Saya mengizinkan Greater Seacoast Community Health untuk menagih dan menerima pembayaran dari perusahaan asuransi saya untuk layanan yang diberikan.
- Saya memahami bahwa saya bertanggung jawab secara finansial atas semua biaya yang timbul yang tidak ditanggung oleh perusahaan asuransi saya atau anak saya, termasuk tetapi tidak terbatas pada pengurangan dan pembayaran bersama.
- Saya mengizinkan pelepasan Informasi Kesehatan Pribadi yang diperlukan untuk mengajukan klaim dan audit dengan perusahaan asuransi saya dan memberikan manfaat kepada penyedia atau grup yang ditunjukkan pada klaim tersebut.

Perjanjian “Kampus Aman” untuk Lokasi Portsmouth

- Saya memahami bahwa beberapa individu tidak diizinkan berada di *Community Campus* di Portsmouth (tempat Families First Health Center berada) berdasarkan aturan yang ditetapkan oleh pemilik gedung, Foundation for Seacoast Health. Ini berlaku untuk orang-orang yang telah ditetapkan sebagai pelaku kejahatan seksual sebagaimana didefinisikan oleh RSA 651-B; orang yang telah ditetapkan sebagai pelaku kejahatan terhadap anak-anak sebagaimana didefinisikan oleh RSA 651-B; dan individu yang dapat menimbulkan risiko bagi keselamatan orang lain. Saya memahami bahwa jika saya bertekad untuk termasuk dalam salah satu kategori ini: 1) Saya harus segera meninggalkan *Community Campus* dan tidak boleh kembali; 2) Saya akan segera keluar dari Families First dan tidak dapat menerima layanan lagi di sana tetapi dapat menerima layanan di lokasi Greater Seacoast Community Health lainnya; 3) Families First akan segera memberikan nama dan alamat saya ke Foundation for Seacoast Health; dan 4) Baik Families First maupun Foundation for Seacoast Health tidak bertanggung jawab atas penyampaian nama dan alamat saya ke Foundation for Seacoast Health.

Dokumen

Harap baca ketiga dokumen ini secara daring yang tersedia atas permintaan dari staf kantor dan juga secara daring di www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info

1. Pemberitahuan Pasien tentang Privasi dan Penggunaan dan Pengungkapan Informasi Kesehatan
2. Hak dan Tanggung Jawab Pasien di Rumah Medis yang Berpusat pada Pasien
3. Kebijakan Finansial

Pernyataan Pasien

Saya memahami informasi yang terkandung dalam dokumen Persetujuan Tindakan ini. Saya setuju dengan ketentuan yang ditetapkan dalam Persetujuan Tindakan dan dalam dokumen lain yang dirujuk di atas. Setiap pertanyaan yang saya miliki tentang persetujuan ini telah dijawab. Persetujuan ini akan tetap berlaku kecuali jika saya mencabutnya secara tertulis, yang dapat saya lakukan kapan pun.

Nama Pasien

Tanggal Lahir Pasien

Tanda tangan (Pasien atau Orang Tua/Wali/Agen Perawatan Kesehatan)

Tanggal

RIWAYAT KELAHIRAN: *Harap isi jika anak Anda berusia 5 tahun atau lebih muda*

Berat waktu Lahir: _____ Apakah dilahirkan tepat waktu: Ya Tidak

Apakah ibunya memiliki penyakit saat kehamilan: Ya Tidak

Apakah bayi mengalami masalah di rumah sakit setelah melahirkan? (yaitu penyakit kuning, infeksi, kesulitan bernapas) Ya Tidak

Jika ya untuk pertanyaan di atas, harap jelaskan: _____

Bagaimana bayi Anda dilahirkan: Lahir Normal Operasi Caesar (harap sebutkan alasan operasi caesar) _____

RIWAYAT MEDIS PRIBADI: HARAP CANTUMKAN APAKAH ANDA MEMILIKI MASALAH MEDIS BERIKUT (DENGAN TANGGAL):		
<input type="checkbox"/> Refluks Asam/GERD	<input type="checkbox"/> Sakit Kronis	<input type="checkbox"/> Kolesterol Tinggi
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Depresi	<input type="checkbox"/> Iritasi Usus
<input type="checkbox"/> Kecanduan Alkohol	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal
<input type="checkbox"/> Alergi	<input type="checkbox"/> Emfisema/Bronkitis/PPOK	<input type="checkbox"/> Penyakit Liver
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsi/Gangguan Kejang	<input type="checkbox"/> Masalah Kesehatan Mental
<input type="checkbox"/> Kegelisahan	<input type="checkbox"/> Glaukoma/Katarak	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Radang sendi	<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Strok
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Kehilangan Pendengaran	<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Zat Terlarang
<input type="checkbox"/> Gangguan Pendarahan	<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/> Penyakit Tiroid
<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi	
<input type="checkbox"/> Lainnya		

Rumah:
Siapa yang tinggal di rumah Anda?
Apakah ada senjata di rumah? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah Anda khawatir tidak memiliki cukup makanan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<i>Harap isi jika anak Anda berusia 17 tahun atau lebih muda:</i>
Ibu: <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Tidak Pernah Menikah <input type="checkbox"/> Berpisah
Ayah: <input type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Cerai <input type="checkbox"/> Tidak Pernah Menikah <input type="checkbox"/> Berpisah
Saudara Kandung:
Peliharaan di rumah:
SEBUTKAN ANGGOTA KELUARGA YANG MEMILIKI KONDISI BERIKUT:
<u>KONDISI KESEHATAN</u> (PARA) KERABAT
<input type="checkbox"/> Kecanduan Alkohol
<input type="checkbox"/> Kolesterol Tinggi
<input type="checkbox"/> Kanker (Sebutkan Jenisnya):
<input type="checkbox"/> Tekanan Darah Tinggi
<input type="checkbox"/> Penyakit Jantung
<input type="checkbox"/> Strok
<input type="checkbox"/> Depresi/Bunuh Diri
<input type="checkbox"/> Masalah Pendarahan/Pembekuan Darah
<input type="checkbox"/> Asma/PPOK
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Masalah Tiroid

RIWAYAT SOSIAL:
PENGUNAAN TEMBAKAU
Rokok <input type="checkbox"/> Tidak Pernah <input type="checkbox"/> Berhenti (Tanggal):
Saat Ini: Bungkus/hari: _____ # di tahun _____
Lainnya <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cerutu <input type="checkbox"/> Dhirup <input type="checkbox"/> Dikunyah
PENGUNAAN ALKOHOL
Apakah Anda minum alkohol? <input type="checkbox"/> Ya (Minum/Mg): <input type="checkbox"/> Tidak
PENGUNAAN NARKOBA
Apakah Anda menggunakan narkoba? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah Anda pernah menyuntikkan narkoba? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
AKTIVITAS SEKS
Saat ini aktif secara seksual? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Dulu aktif secara seksual? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Pasangan seks saat ini: <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Riwayat PMS (penyakit menular seksual) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
DIET, OLAHRAGA, DAN GAYA HIDUP
Kafein: <input type="checkbox"/> Kopi/teh/soda (cangkir/hari): <input type="checkbox"/> Tidak ada
Apakah Anda puas dengan berat badan Anda? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Berapa hari dalam seminggu Anda berolahraga?
Apakah Anda mengikuti diet khusus? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

RILIS INFORMASI MEDIS

Nama Pasien: _____ Tanggal Lahir: _____

Telepon: _____

Saya mengizinkan Families First untuk memberikan informasi kesehatan pribadi dari individu yang disebutkan di atas kepada orang atau fasilitas yang disebutkan di bawah atau untuk mendapatkan informasi dari orang/fasilitas tersebut. Rilis ke Didapat dari

Nama/Fasilitas: _____ No. Telepon: _____

Alamat: _____ No. Faks: _____

Kota, Negara Bagian, Kode pos: _____ Surel: _____

Untuk tanggal perawatan dari: _____ hingga: _____

Tujuan rilis: _____

Jika meninggalkan praktik kami, alasannya: _____

Harap berikan paraf, di sebelah kiri, semua jenis informasi yang Anda izinkan untuk kami rilis atau peroleh:

- ___ Informasi diagnostik, pengujian, dan perawatan medis
- ___ Diagnosis gigi, pengujian dan informasi perawatan dan/atau rontgen diambil: _____
- ___ Catatan imunisasi dan fisik
- ___ Catatan prenatal terkini, salinan dari semua tes laboratorium (termasuk hasil HIV), dan/atau pemindaian
- ___ Ringkasan catatan persalinan dan kelahiran untuk tanggal kelahiran berikutnya: _____
- ___ Informasi tentang Penyakit Menular Seksual dan/atau HIV/AIDS
- ___ Evaluasi(-evaluasi) psikiatri/psikologis, laporan, penilaian, ringkasan, catatan psikoterapi atau dokumen lain dengan diagnosis, prognosis, rekomendasi, atau catatan pengujian dan observasi perilaku.
- ___ Informasi obat dan alkohol termasuk evaluasi, diagnostik, pengobatan, dan catatan kemajuan.
- ___ Lainnya: _____

Metode Pengungkapan yang Diizinkan: Melalui faks, tertulis, percakapan telepon, secara langsung, dan/atau surel aman

- Saya memahami bahwa saya dapat mencabut (menarik) otorisasi ini kapan pun dengan memberi tahu Families First secara tertulis. Pencabutan akan efektif sejak tanggal diterima.
- Saya memahami bahwa pencabutan tidak akan berlaku untuk: 1) tindakan apa pun yang telah diambil oleh Families First saat mengandalkan otorisasi ini sebelum saya mencabutnya; atau 2) jika otorisasi ini diperoleh sebagai syarat untuk memperoleh pertanggungans asuransi dan perusahaan asuransi memiliki hak hukum untuk menggugat klaim.
- Saya memahami bahwa layanan saya dapat ditolak jika saya menolak untuk menyetujui pengungkapan untuk tujuan **pengobatan, pembayaran, atau operasi perawatan kesehatan**, jika diizinkan oleh undang-undang negara bagian. Layanan saya tidak akan ditolak jika saya menolak menyetujui pengungkapan untuk tujuan lainnya.
- Saya memahami bahwa penerima beberapa informasi yang diungkapkan berdasarkan otorisasi ini dapat mengungkapkan kembali informasi ini dan bahwa informasi tersebut tidak lagi dilindungi oleh peraturan privasi federal.
- Saya memahami bahwa saya berhak untuk: 1) Memeriksa atau menyalin informasi kesehatan yang dilindungi untuk digunakan atau diungkapkan sebagaimana diizinkan menurut hukum Federal; 2) Menolak untuk menandatangani otorisasi ini.
- Otorisasi ini akan berlaku **selama satu tahun** dan dapat dicabut setiap saat secara tertulis.
- Kecuali jika dinyatakan lain, hanya catatan elektronik selama **dua tahun terakhir** sebagaimana diatur di atas yang akan dikirim.

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

Untuk penyedia yang menerima: Informasi ini sudah diungkapkan kepada Anda dari catatan yang dilindungi oleh undang-undang/peraturan kerahasiaan Federal (42 C.F.R. Ayat 2). Aturan federal melarang Anda untuk membuat pengungkapan lebih lanjut dari informasi ini kecuali jika pengungkapan lebih lanjut secara tegas diizinkan berdasarkan persetujuan secara tertulis dari orang yang terkait atau sebagaimana diizinkan oleh 42 C.F.R. Ayat 2. Otorisasi umum untuk mengeluarkan informasi medis atau lainnya **TIDAK** cukup untuk tujuan ini. Peraturan Federal membatasi setiap penggunaan informasi untuk investigasi kriminal atau menuntut setiap pasien dengan penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan.

Hanya untuk keperluan kantor:

Saksi: _____

Tanggal: _____

Dikirim oleh: _____

Tanggal: _____