



**የዲስትሪክት ኦፍ ኮሎምቢያ መንግስት
የስነልቦና ጤና መምሪያ**

**በክልሉ ላይ ያለን የግል የጤና መረጃ ለመጠቀም ወይም ለማውጣት የሚውል ፈቃድ
(የአእምሮ ጤና መረጃ እና የአልኮል/አደንዛዥ ዕጽ ህክምና መከላከልን ይጨምራል)**

የተጠቃሚው ስም (የሚጻፍ)

የመታወቂያ ቁጥር

አድራሻ

የትውልድ ቀን

ከተማ/ስቴት/ዚፕ ኮድ

ሌላ ስም(ሞች)

መረጃዬን ለሚከተለው ሊሰጡ ይችላሉ

ስም/ማዕረግ _____

ድርጅት _____

አድራሻ _____

ስልክ # _____ ፋክስ # _____

መረጃውን ሊያወጣ የሚችለው ሰው

ስም/ማዕረግ _____

ድርጅት _____

አድራሻ _____

ስልክ # _____ ፋክስ # _____

እንዲወጣ የምፈቅደው መረጃ፡ (የወረቀት፣ የቃል ወይም ኤሌክትሮኒክስ መረጃዎችን ጨምሮ) ስለ እኔ የሚገልጹ መረጃዎች እንዲወጡ ፈቅጃለሁ። ይህም ሁሉንም ሪከርዶችንና ሌሎች መረጃዎች ለምሳሌ ህክምናዬን፣ የሆስፒታል ቆይታ እና የተመላላሽ ህክምናን በተመለከተ ቀጥተኛ ፈቃድን ይጨምራል። (መረጃውን ለማውጣት ቀጥለው ያሉት ሣጥኖች ምልክት ሊደረግባቸው ይገባል)

☐ የአደንዛዥ ዕጽ ጥቃት፣ የአልኮል ሰብኝነት ወይም የሌላ ባዕድ ሰብ ተጠቂነት

☐ ኤች አይ ቪ ኤድስን ጨምሮ ተላፊ ወይም የማይተላለፍ በሽታን በተመለከተ ያሉ መረጃዎች፤

የመረጃ አወጣጡ ገደቦች

☐ አገልግሎት በወሰድኩባቸው ቀናት ከ _____ እስከ _____ ፤

☐ የማይመለከታቸው (ሌሎች የማይመለከታቸው ካሉ መጨመር

አለባቸው) _____

☐ ቀጥሎ የተመለከቱትን ብቻ (የሚመለከታቸውን ዶክመንቶች ብቻ ከሆነ መገለጽ አለባቸው)

መረጃዎቼ የሚውሉበት ሁኔታ የሚከተሉት ናቸው (ይዘርዘሩ) _____

ፈቃዱ ስለሚያበቃበት ጊዜ፦ ይህ ፈቃድ ቀጥሎ ከተመለከቱት ሳጥኖች በአንዱ ካልተገለጸና ቀድሞ ካልተቋረጠ በስተቀር በተፈረመ በ365 ቀናት ውስጥ ያበቃል።

- ☐ በ _____ ቀን (ፎርሙ ከተሞላበት 365 ቀን በኋላ መሆን አይችልም)
- ☐ በ _____ ቀን ቀጥሎ የተመለከተው ሲፈጠር _____
(ቀን ይጠቀስ) (ሁኔታው ይገለጽ)

ፈቃዱን ስለማንሳት፦ ይህንን የማዘዣ ፈቃድ መረጃዬን እንዲያወጣ በጽሁፍ የፈቀድኩለትን ድርጅት በገዛ ፈቃዴ ማስቆም እንደምችል እረዳለሁ። ድርጅቱ ቀደም ሲል የማዘዣ ፈቃዴን ካልሰረዘ በስተቀር ያደረገውን የመረጃ እንቅስቃሴ አስመልክቶ መጠየቅ እንደማልችልም ተረድቻለሁ። የዚህ የማዘዣ ፈቃድ ስረዛ ከጤና ወይም ሕይወት ኢንሹራንስ ማመልከቻ ጋር የተዛመደ ሆኖ ቢገኝ ይህ የማስቆሚያ እገዳ መብቴ ሊገደብ እንደሚችል እረዳለሁ።

ሌሎች መብቶች፦ ይህ መረጃ ያለ እኔ ፈቃድ እንዲደርሰው የተደረገ ተቋም ወይም ግለሰብ ተመልሶ ለሌላ አካል እንዳይገለጽ በህግ ካልተፈቀደ በስተቀር እንደሚከለክል እረዳለሁ። በገደብ ላይ ያለ የጤና መረጃዬን ሪከርድ ለማየት መብት እንዳለኝ እረዳለሁ። ይህን ቅጽ ባለመሙላቴ ምንም ምዝገባ ወይም አገልግሎት እንደማልከለክል እረዳለሁ። ነገር ግን ለአንዳንድ አዳዲስ ጥቅም ጥቅም ለማመልከት ወይም የነበረኝን ለማሳደስ የሚደረግልኝን የክፍያ ድጋፍ በተመለከተ ማመልከት እንደማልችል አውቃለሁ።

የተጠቃሚው ወይም ተወካይ ፊርማ

እኔ _____ ይህንን ቅጽ በመፈረም የተገደበ የጤና መረጃዬን ለሌላ ጥቅም እንዲውልና/ወይም እንዲገለጽ ፈቅጃለሁ።

ፊርማ _____ ቀን _____
ሙሉ ስም _____

ተጠቃሚውን የሚወክለው ግለሰብ (አንዱን ያመልክቱ)

ራሴ _____ ወላጅ _____ * የግል ተወካይ _____ (የህግ ተወካይ ወይም ጠባቂ ይጨምራል) ሌሎች _____ (መገለጽ አለበት) _____
አድራሻ _____ ስልክ # _____

* ለግል ተወካይ አስፈላጊ ማስረጃ ያስፈልጋል። አያይዘው ያቅርቡ።

በእድሜ ያልደረሱ ሰዎች ፊርማ፦ የተጠቃሚው ዕድሜ ከ14 እስከ 18 ዓመት ከሆነ ይህ ፈቃድ የሚያገለግለው ተጠቃሚው(ዋ) ራሱ(ሷ) እና ወላጅ/የህግ ጠባቂ/ ሌላ ተወካይ አብረው ሲፈርሙ ብቻ ነው። በማንኛውም ዕድሜ ላይ ያለ ያለደረሰ ሰው የግል መረጃው እንዲወጣ ማዘዝ የሚችለው (1) እርሱ ወይም እርሷ በሕግ ራሷን የቻለች መሆኗ ሲረጋገጥ፤ (2) እርሱ ወይም እርሷ እያገኘች ያለው ሕክምና ወይም አገልግሎት ያለ ወላጅ ወይም ሕጋዊ ጠባቂ ስምምነት ከሆነ ነው።

ለአካለ መጠን ያልደረሰው ሰው ፊርማ _____ ቀን _____
ሙሉ ስም _____ የትውልድ ቀን _____
ስልክ # _____ አድራሻ _____

ስምምነቱን የሚሰጠው ተገልጋይ ወይም የግል ተወካይ ማንነት በተመለከተ የሚደረግ ማረጋገጫ

- ☐ የግለሰቡ መታወቂያ (በመንግሥት የተሰጠ የፎቶ መታወቂያ) ያያይዙ
☐ ያረጋገጠው የመንግሥት ኃላፊ ወይም የስነልቦና የጤና ተወካይ የቃል መግለጫ፤

የተነገረዎትንና በምን ሁኔታ ሊያሳምንም እንደቻለ ይግለጹ

ይህ ቅጽ በፖስታ ቤት የሚላክ ከሆነ፣ በፎርም ላይ የሚቀመጠው ፊርማ በአቅራቢያው የኖተሪ ክለብ መረጋገጥ ይኖርበታል። ወይም በመንግሥት አካል የተሰጠው የመታወቂያ ኮፒ ተያይዞ መላክ ይኖርበታል።

ይህን ስምምነት የሚያደርገውን ሰው ማንነት አጣርቻለሁ።

ፊርማ _____ ቀን _____
ስም _____ ማዕረግ _____

ይህንን ፈቃድ ከ _____ ጀምሮ እሰርዛለሁ። ፊርማ _____
(ቀን) (ተገልጋይ ወይም የግል ተወካይና ከተገልጋዩ ጋር ያለው ግንኙነት)

ሪከርዱን ለሚያስቀምጠው ባለሙያ፦

1. የዚህን ማዘዣ ኮፒ ለተገልጋዩ ወይም የግል ተወካይ ይስጡ፤
2. ዋናውን የተፈረመ ዶክመንት በተገልጋዩ የክሊኒክ መዝገብ ውስጥ ያስቀምጡ፤
3. ይህን ፈቃድ ለፕራይቪሲ ባለሙያ ወይም ተወካይ አስተላልፊው ይስጡ፤
4. የዚህን ማዘዣ ኮፒ ከሚገለጸው የጤና መረጃ ጋር አብረው ይላኩ።