

شما چگونه راجع به ما مطلع شدی؟ روزنامه رسانه های اجتماعی/جستجوی شبکه ارجاع بیمه خانواده/دوست

اطلاعات بیمار											
نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)		SSN		N/A		تاریخ تولد		زبان		ارائه کننده مراقبت اولیه	
نشانی ارسال صورتحساب		شهر		ایالت		کد		جنسیت:		مذکر / مونث	
نشانی فیزیکی (در صورت تفاوت با نشانی ارسال صورتحساب)		شهر		ایالت		کد					
تلفن خانه xxx-xxx-xxxx		تلفن محل کار xxx-xxx-xxxx		تلفن همراه XXX-XXX-XXXX		ایمیل (example@test.com)					
روش ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری)		وضعیت تاهل		نژاد		قومیت					
خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن											
نام تماس اضطراری				تلفن اضطراری XXX-XXX-XXXX							
نشانی		شماره تلفن		شغل							
کارفرمای اولیه		کارفرمای ثانویه (در صورت کاربرد)									
نشانی		شهر		ایالت		کد پستی					
تلفن محل کار		شغل		تلفن محل کار		شغل					

دارنده بیمه نامه/ضامن (اگر با بیمار متفاوت است)											
نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)		SSN		تاریخ تولد		زبان		ارائه کننده مراقبت اولیه		جنسیت:	
نشانی ارسال صورتحساب		شهر		ایالت		کد		مذکر / مونث			
نشانی خیابان (اگر با نشانی صورتحساب متفاوت است)		شهر		ایالت		کد					
تلفن خانه xxx-xxx-xxxx		تلفن محل کار xxx-xxx-xxxx		تلفن همراه XXX-XXX-XXXX		ایمیل					
روش ترجیحی برقراری ارتباط (ضروری)		وضعیت تاهل		نژاد		قومیت					
خانه محل کار تلفن همراه ایمیل متن											
رابطه با بیمار											

بیمه اولیه											
نام شرکت بیمه		شماره بیمه نامه									
نام دارنده بیمه نامه		شماره گروه		تاریخ تولد							
رابطه با بیمار		مبلغ پرداخت مشترک PCP		مبلغ قابل کسر خود		مبلغ قابل کسر خانواده		مختص			
نشانی شرکت بیمه		مبلغ قابل کسر خود		تاریخ انقضاء							
شهر، ایالت، کد پستی		تاریخ اجرا									

بیمه ثانویه											
نام شرکت بیمه		شماره بیمه نامه									
نام دارنده بیمه نامه		شماره گروه		تاریخ تولد							
رابطه با بیمار		مبلغ پرداخت مشترک		مبلغ قابل کسر خود		مبلغ قابل کسر خانواده		مختص			
نشانی شرکت بیمه		مبلغ قابل کسر خود		تاریخ انقضاء							
شهر، ایالت، کد پستی		تاریخ اجرا									

اطلاعات ارجاعی											
نام پزشک معالج		پزشک مراقبت اولیه									

رضایت از درمان/انتشار اطلاعات: من به Palomar Health Medical Group اجازه میدهم درمان پزشکی را اجرا و روندهای پزشکی را در صورت ضرورت انجام دهد. من اجازه میدهم اطلاعات پزشکی در اختیار بیمه گر، یا نمایندگان بیمه گر قرار گیرد تا پرداختها را پردازش کنند. تا آنجا که من میدانم، همه اطلاعات فوق درست و واقعی است.

بیمه نامه مالی: پرداخت به طور کامل یا پرداخت با هم در زمان انجام خدمت مورد نظر است. خدمات ارائه شده ای که یکی از مزایای پوشش برنامه سلامت شما نیستند مسئولیت شما خواهد بود.

واگذاری منافع: بدینوسیله اینجانب همه منافع قابل پرداخت از سوی شرکت بیمه ام را به Palomar Health Medical Group واگذار میکنم.

نسبت با بیمار

تاریخ

امضای بیمار/قیم

اطلاعات بیمار

قابل کسر/بیمه مشترک: کل بیمه اتکائی و مبالغ کسری قابل اجرا در زمان ارائه خدمت لازم است پرداخت شوند. برآورد صورت خواهد گرفت و مبالغ قابل کسری در زمان انجام خدمت باید پرداخت شود. این پرداخت نهائی نیست و هرگونه مانده اضافی لازم که بعد از درخواست بیمه مقرر شود منوط به دریافت صورتحساب خواهد بود. **اقدامات اولیه** _____

پرداختهای مشترک: شرکت بیمه شما ما را موظف میکند تا پرداختهای مشترک را در زمان ارائه خدمت جمع کنیم. طبق قوانین ایالتی و فدرال، پرداختهای مشترک قابل چشم پوشی نخواهند بود. **اقدامات اولیه** _____

چکها: چکهای برگشتی ممکن است مشروط به پرداخت هزینه \$30.00 باشند. **اقدامات اولیه** _____

بیماران پرداخت نقدی: مبالغی که برای دیدار شغلی برنامه ریزی شده میپردازید ممکن است پرداخت نهائی شما نباشد. هزینه های دیگری که ممکن است بخاطر قرار امروز به وجود آید شامل، اما نه محدود به، تستهای آزمایشگاهی، تستهای اشعه ایکس، هر نوع تزریق، روندهای خاص یا هزینه های دیدار شغلی اضافی هستند. **اقدامات اولیه** _____

تسلیم دادخواستها: با احترام، Palomar Health Medical Group بیمه شما خواهد بود. مظنه دادن از منافع تضمین پرداخت نیست. ما دادخواستهای شما را تسلیم و به شما تا زمانی که مطالبه شما برآورده شود کمک خواهیم کرد. انتظار داریم پرداخت از سوی شرکت بیمه شما ظرف 45 روز انجام شود. بعد از 45 روز، برای پرداخت کامل به شما رجوع خواهیم کرد. مطابق دستورالعملهای شرکت بیمه، شما مسئول همه خدماتی هستید که تحت پوشش قرار نگرفته اند. اگر اطلاعی دریافت کنیم که واجد شرایط پوشش نیستید یا با شرکت بیمه شما قرار داد نداشته باشیم، مسئول همه هزینه های به بار آمده هستید و پرداخت به محض رسید صورتحساب بر عهده شما خواهد بود. ممکن است شرکت بیمه شما نیاز به ارائه اطلاعاتی خاص به صورت مستقیم از شما داشته باشند. مسئولیت شما برآوردن درخواست آنها در زمان مناسب خواهد بود. شما مسئولیت دارید یک کپی از تازه ترین کارتهای بیمه خود را برای همه برنامه های سلامتی کاربردی ارائه دهید. صورت حسابهایی که 90 روز از سررسید آنها گذشته باشد به یک موسسه وصول ارجاع خواهند شد. **اقدامات اولیه** _____

خدمات مراقبتی پیشگیری کننده: معاینات معمول ممکن است تحت پوشش بیمه شما قرار گیرد. وقتی به یک مشکل سلامتی در زمان ویزیت پرداخته میشود، مزایای پیشگیری کننده دیگر اجرا نخواهند شد. هزینه های اضافی ممکن است شامل، اما نه محدود به، پرداختهای مشترک، مبالغ قابل کسر و بیمه اتکائی باشند. **اقدامات اولیه** _____

خدمات فرعی: روندهای آزمایشگاهی و بیماران سرپائی به صورت جداگانه از سوی یک ارائه دهنده بیرونی صورتحساب خواهند شد. در صورت هرگونه سوال در مورد صورتحساب مستقیماً با آنها تماس بگیرید. **اقدامات اولیه** _____

واگذاری منافع: بدینوسیله مجوز نشر اطلاعات در صورت ضرورت (مطابق با دستورالعملهای HIPAA) برای انجام و تکمیل درخواست بیمه من و پرداخت مزایای پزشکی که باید مستقیماً به Palomar Health Medical Group بخاطر همه خدمات انجام شده پرداخت شود، اعطا میشود. **اقدامات اولیه** _____

قرارهای از دست رفته: لطفاً به یاد داشته باشید که هزینه تاخیر \$25.00 برای قرارهای از دست رفته یا ناتوانی در لغو قرار ظرف 24 ساعت قبل از زمان برنامه ریزی شده اجرا خواهد شد. این هزینه ها بر عهده شما خواهد بود و مستقیماً به صورتحساب شما نوشته خواهد شد. لطفاً به ما کمک کنید از طریق تداوم قرارهای برنامه ریزی شده منظم کمکتان کنیم.

اگر در هر زمانی دچار مشکل مالی شدید و نیاز به ترتیبات خاص طرح پرداخت داشتید، لطفاً با دفتر صورتحساب ما تماس بگیرید.

من اظهارات فوق را خواندم و درک میکنم. **اقدامات اولیه** _____

من توافق میکنم که از سیاستهای مالی Arch Health Medical Group اطاعت کنم و، درک میکنم که از نظر مالی مسئول پرداخت همه خدمات مالی یا معالجات انجام شده با حساب خود باشم.

تاریخ

امضای بیمار/قیم

تاریخ تولد

نام بیمار (لطفاً چاپ شود)

اجازه استفاده یا افشای اطلاعات سلامت از سوی Palomar Health Medical Group برای اشخاص مشخص شده

تکمیل این سند افشا و استفاده از اطلاعات سلامت در مورد شما را مجاز میکند. عدم ارائه همه اطلاعات درخواست شده ممکن است این مجوز را بی اعتبار کند.

اطلاعات بیمار	
نام (خانوادگی، کوچک، M.I.)	نام خانوادگی اصلی یا نام دیگر
تاریخ تولد	تلفن

اینجانب، _____ (بیمار) (لطفا چاپ شود) بدینوسیله اجازه میدهم Palomar Health Medical Group که افشا کند بخشی یا همه آن اطلاعات مربوط به سلامتی و شرایط پزشکی من یا صورتحساب خدمات برای اعضای خانواده یا اشخاص دیگر، که در زیر تصریح شده است. این شامل بحثهای شفاهی با کارکنان پزشکی/پرستاری و کپی سوابق پزشکی من میشود.

اشخاص مشخص شده	
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن
نام	تلفن

*هدف این اطلاع رسانی این است

به درخواست خودم در مورد ادامه مراقبت پزشکی دیگری _____

تصریح محدودیتها (در صورت وجود) در مورد استفاده از اطلاعات:

اجازه استفاده یا افشای اطلاعات سلامت از سوی Palomar Health Medical Group برای اشخاص مشخص شده

*انقضای مجوز

به محض امضاء این مجوز لازم الاجراست و با درخواست کتبی بازپس گیری من منقضی میشود.

حقوق بیمار

من، بیمار یا نماینده قانونی او، درک میکنیم که:

◀ ممکن است این مجوز را در هر زمانی به صورت مکتوب، که به امضای من یا از طرف من امضاء شده و به افراد زیر تحویل داده شده یا برای آنان پست گردیده بازپس بگیرم:

Palomar Health Medical Group
Pomerado Road Poway 15611
92064 CA

اگر این مجوز را پس بگیرم، هیچ تاثیری بر اقداماتی که قبل از دریافت آن از سوی Palomar Health Partners انجام گرفته نخواهد داشت.

◀ اطلاعات افشاء شده به موجب این مجوز را میتواند دوباره از سوی گیرنده افشاء گردد و ممکن است بیش از آن از سوی قانون حریم خصوصی فدرال HIPAA محافظت نشود. در هر صورت، قانون California مانع شخص دریافت کننده اطلاعات سلامتی من برای افشای بیشتر آن خواهد شد مگر آنکه مجوز دیگری برای این افشاگری از سوی من صادر شود یا این که این افشاگری به صورت خاص لازم باشد یا قانون اجازه آن را داده باشد.

◀ من حق داشتن نسخه ای از این مجوز را خواهم داشت.

*

امضای بیمار/قیم

تاریخ

*

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

* مورد نیاز برای مجوز معتبر

بیمار گرامی Palomar Health Medical Group:

دولت فدرال درخواست دارد سوالهای زیر از هر بیماری پرسیده شود. لطفا اولویتی را که بیش از همه مناسب شماست انتخاب کنید و این را به شخص اداری اول برگردانید. **برای شرح مربوط به نژاد و قومیت به ذیل رجوع کنید

من نژاد خود را به عنوان...میشناسم: (لطفا یکی را بررسی کنید)

بومی امریکائی یا بومی آلاسکا

آسیائی

من شباهت تام را رد میکنم.

سیاهپوست، امریکائی افریقائی تبار

بومی هاوایی یا دیگر اقوام پاسیفیک

جزیره نشین دیگر جزیره نشین پاسیفیک

نژاد دیگر - _____

سفید

من قومیت خود را به عنوان...میشناسم: (لطفا یکی را بررسی کنید)

امریکای مرکزی

کوبائی

من شباهت تام را رد میکنم.

دومینیکن

هیسپانیک یا لاتین/اسپانیائی

لاتین/امریکائی/لاتین، مکزیکی لاتین

غیر هیسپانیک/لاتین

پورتوریکوئی

امریکای جنوبی

اسپانیولی

اولویت زبانی من.... است: (لطفا یکی را بررسی کنید)

انگلیسی

اسپانیائی

تاگالوگ

روسی

ایرانی/فارسی

دیگر (لطفا مشخص کنید) _____

**نژاد به صورت "شناخت هویت خود فرد با یک یا گروه اجتماعی یا بیشتر" تعریف میشود.

**قومیت به عنوان "شناخت هویت فرد خود بر اساس ملیت، زبان، فرهنگ یا زبان، جغرافیا یا خاستگاه خانواده" تعریف میشود.

لازم الاجرا از **14 آوریل ۲۰۰۳** **بازبینی** شده در **1۰ سپتامبر ۲۰۱۳؛ ۲۳ مارچ ۲۰۱۵؛ ۲۹ جولای ۲۰۱۹**

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه شرح میدهد چگونه اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است مورد استفاده قرار گیرد یا افشا شود و چگونه میتوانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفا با دقت آن را مرور کنید.

اگر هرگونه سوالی در مورد این آگهی دارید، لطفا با دفتر Palomar Health Medical Group Privacy Office در **1.877.376.3930** تماس بگیرید. این اطلاعیه روشهای Palomar Health Medical Group وموارد زیر را شرح میدهد:

✦ هر گونه مراقبت بهداشتی حرفه ای مجاز به وارد کردن اطلاعات در سوابق سلامتی شما.

✦ همه ادارات و جایگاههای کلینیکی مربوط به Palomar Health Medical Group.

✦ هر عضوی از یک گروه داوطلب که ما اجازه میدهیم هنگامی که تحت مراقبت ما هستید به شما کمک کند.

✦ همه کارکنان، کارمندان و دیگر پرسنل Palomar Health Medical Group.

✦ پزشکان وابسته

همه این موسسات، سایتها و محلها از ضوابطاین اطلاعیه پیروی میکنند. به علاوه، این موسسات، سایتها و محلها ممکن است اطلاعاتی را با یکدیگر برای درمان، پرداخت، یا اهداف عملیات مراقبت سلامتی که در اطلاعیه شرح داده شده، در میان بگذارند.

ارائه دندنگان مشارکت کننده در این اطلاعیه (که با عنوان "ما" از آنها یاد میکنیم) درک میکنند که اطلاعات پزشکی مربوط به شما و سلامت شما شخصی است. ما متعهد به حفاظت از اطلاعات پزشکی شما هستیم. ما سابقه ای از مراقبتها و خدماتی که در طی دیدار با ما دریافت میکنید ایجاد خواهیم کرد. ما به این سابقه برای ارائه مراقبت با کیفیت و بر آوردن برخی از شرایط قانونی خاص نیاز داریم. این اطلاعیه برای همه سوابق مراقبت بهداشتی ایجاد شده از سوی هر یک سایتهای Palomar Health Medical Group یا موسسات وابسته، چه از سوی کارکنان Palomar Health Medical Group ایجاد شده باشد یا از سوی پزشک شخصی شما به کار میرود. پروژ ه پزشک شخصی شما ممکن است سیاستها یا دیدگاههای متفاوتی در مورد استفاده پزشک و افضای اطلاعات پزشکی شما که در مطب یا کلینیک دکتر ایجاد شده، داشته باشد. این اطلاعیه به شما روشهایی را میگوید که ممکن است برای استفاده و افضای اطلاعات پزشکیتان به کار ببریم. به علاوه این اطلاعیه حقوق و بعضی از تعهداتی که ما نسبت به کاربرد و افضای اطلاعات پزشکی شما داریم شرح میدهد.

ما طبق قانون لازم است اطمینان پیدا کنیم که اطلاعات پزشکی که شما را مشخص میکند محرمانه نگه داریم (با استثنائاتی خاص)، تا در مورد وظایف قانونی و روشهای حفظ حریم خصوصی خردمان با توجه به اطلاعات پزشکی مربوط به شما اطلاع رسانی کنیم. تا اطلاع دهم آیا نقض اطلاعات پزشکی شما رخ میدهد، و از ضوابط اطلاعیه روشهای حریم خصوصی که هم اکنون لازم الاجرا هستند اطاعت میکنیم.

چگونه ما ممکن است اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار دهیم یا افشا کنیم

برای هر مقوله از کاربردها یا افشاگرهیا توضیح خواهیم داد منظورمان چیست و تلاش میکنیم چند نمونه ارائه دهیم. هر استفاده یا افشاگری در یک مقوله فهرست نخواهد شد. در هر حال، همه راههایی که طبق آنها اجازه کاربرد یا افشای اطلاعات داریم در یکی از مقوله های زیر قرار میگیرد.

افشا کردن به درخواست خودتان

ممکن است وقتی در خواست کنید اطلاعات را افشا کنیم. افشا کردن به درخواست خودتاناین افشاگری به درخواست شما ممکن است نیاز به مجوز کتبی خودتان داشته باشد.

درمان – ممکن است از این اطلاعات برای ارائه درمان یا خدمات پزشکی استفاده شود. ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای پزشکان، پرستاران، تکنیسین ها،داروساز ها، دانشجویان مراقبت بهداشتی یا دیگر کارکنان Palomar Health Medical Group اعضای نیروی کار که در امر سلامتی شما در طی دیدارتان با ما مشارکت دارند افشا کنیم. برای نمونه، پزشک معالج شما برای یک ران شکسته ممکن است لازم باشد بداند آیا شما دیابت دارید زیرا دیابت ممکن است روند درمان را کند نماید. به علاوه، پزشک ممکن است نیاز باشد به کار شناس تغذیه در صورت داشتن دیابت اطلاع دهد بنا بر این میتوانیم ترتیب غذاهای مناسب داد. ادارات مختلف در Palomar Health Medical Group نیز ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای هماهنگی امورمختلفی که نیاز دارید، مانند تجویزها، کار آزمایشگاهی، و عکسبرداری با اشعه ایکس به اشتراک گذارد. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای افراد خارج از Palomar Health Medical Group که ممکن است در امر مراقبت از شما بعد از رفتنتان از کنار دخیل هستند، مانند تسهیلات پرستاری ماهر، آزمایشهای سلامتی خانگی یا دیگر افراد مشارکت کننده، از جمله، بدون محدودیت، اولین فراهم کننده مراقبت، بازگو کنیم، بنا بر این آنها میتوانند مراقبت انجام دهند و ادامه مراقبت را هماهنگ کنند.

برای پرداخت - ممکن است از اطلاعات پزشکی شما استفاده یا آن را افشا کنیم تا درمان و خدمات دریافتی شما در موسسات ما یا از سوی خود ما به صورت حساب درآید و به عنوان نمونه از شما، شرکت بیمه، طرف ثالث یا از اتانس وصول پول دریافت شود، ما ممکن است لازم شود اطلاعاتی در مورد خدمات پزشکی دریافتی ازکلینیک PHMG برای برنامه سلامت شما ارائه دهم بنا بر این برای این خدمات به ما پول پرداخت خواهد کرد یا پول شما را باز میگرداند. نیز ممکن است در مورد درمان پیشنهادهی برای شما به برنامه مراقبت اطلاع دهم تا مشخص شود آیا این برنامه درمان را پوشش خواهد داد یا نه. ممکن است اطلاعات پایه در مورد شما و برنامه سلامتی شما، شرکت بیمه یا منبع دیگر پرداخت برای کاربران بیرون از بیمارستان که در مراقبت از شما مشارکت دارند ارائه دهم، تا به آنها در امر بدست آوردن پول برای خدماتی که به شما ارائه میدهند کمک کنیم.

برای عملیات مراقبت بهداشتی - ممکن است از اطلاعات پزشکی شما یا افشای آنها برای عملیات تجاری و مراقبت بهداشتی ، مجموعه اقدامات لازم برای اداره موسسات مراقبت بهداشتی استفاده کنیم و مطمئن شویم که همه بیماران مراقبت با کیفیت دریافت میکنند. مثلا، ممکن است از این اطلاعات برای بازبینی کیفیت و ایمنی درمان و خدمات خردمان استفاده کنیم، تا عملکرد کارکنان را در مورد مراقبت از شما، برای برنامه ریزی شفلی، مدیریت و خدمات اجرایی ارزیابی کنیم. به علاوه ممکن است از اطلاعات پزشکی یا افشای آنها برای یک شرکت بیرونی که برای ما خدماتی مانند خدمات اعتبارسنجی، حقوقی، کامپیوتری یا حسابرسی انجام میدهد استفاده کنیم. شرکتهای بیرونی شرکای کسب و کار نام دارند و لازم است طبق قانون اطلاعات پزشکی را محرمانه نگه دارند. به علاوه ممکن است اطلاعات را برای پزشکان، پرستاران، تکنیسینها، دانشجویان پزشکی و دیگر پرسنل بیمارستان و اهداف آموزشی فاش کنیم. ممکن است اطلاعاتی که شما را از روی این مجموعه اطلاعات پزشکی شناسایی میکند حذف شوند زیرا ممکن است دیگران از آن برای مطالعه مراقبت بهداشتی و ارائه مراقبت بهداشتی بدون اطلاع از این که بیماران خاص کی هستند استفاده کنند.

فعالیتهای جمع آوری اعانه - ممکن است از اطلاعات پزشکی شما، یا افشای آنها برای یک بنیاد مرتبط با Palomar Health Medical Group استفاده کنیم، تا با شما برای تلاش برای جمع آوری پول برای سازمان مراقبت بهداشتی خود و عملیات آن تماس بگیریم. شما حق خواهید داشت از دریافت تماسهای دریافت اعانه خودداری کنید. اگر با شما برای جمع آوری اعانه تماس گرفته شد، به شما خواهند گفت چگونه خودداری کنید.

بازاریابی و فروش - اکثر استفاده ها و افشاگریهای اطلاعات پزشکی برای اهداف بازاریابی، و افشاگریهایی

که شامل فروش اطلاعات پزشکی هستند، نیاز به مجوز شما دارند.

برای افرادی که در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه مراقبت از شما شرکت دارند - ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای یک عضو پژوهشی یا یک دوست که در مراقبت از شما شرکت دارد افشا کنیم. به علاوه ممکن است اطلاعاتی را برای فردی که بخاطر مراقبت از شما پول میپردازد ارائه کنیم. به علاوه، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای یک سازمان که در تلاشهای کاهش مصیبت کمک میکند افشا کنیم تا خانواده شما بتوانند از وضعیت، جایگاه و محل شما باخبر شوند.

برای پژوهش - در شرایطی خاص، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار دهیم یا افشا کنیم. مثلا، یک پروژه پژوهشی ممکن است شامل مقایسه سلامت و بهبود همه بیمارانی باشد که یکی از روشهای درمان را با دیگریان که درمان دیگری برای همان شرایط دریافت کرده اند، باشد. همه پروژه های پژوهشی، اما، منوط به فرایند خاص تصویب هستند. این فرایند یک پروژه پژوهشی پیشنهدی و استفاده آن از اطلاعات پزشکی را ارزیابی میکند، و تلاش میکند نیازهای پژوهشی را با نیاز بیماران به حریم خصوصی اطلاعات پزشکی آنها متعادل کند. قبل از آنکه از اطلاعات پزشکی برای پژوهش استفاده یا افشاگری کنیم، پروژه از طریق این فرایند تصویب پژوهش تصویب میشود، اما ما ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای افرادی که مقدمات اجرای پژوهش را فراهم میکنند افشا کنیم تا، مثلا، به آنها کمک کنیم دنبال بیماران دارای نیازهای خاص پزشکی باشیمند، تا زمانی که اطلاعات پزشکی از دفاتر یا ادارات ما بیرون نرود.

آن طور که قانون ضروری میداند - ما اطلاعات پزشکی شما را در صورتی که طبق قانون فدرال، ایالتی

یا محلی لازم باشد، افشا میکنیم.

برای دفع تهدید جدی برای سلامت یا ایمنی - ممکن است از کاربرد یا افشای اطلاعات پزشکی شما در هنگام ضرورت برای پیشگیری از یک تهدید جدی برای سلامت و ایمنی یا سلامت و ایمنی عمومی و یا شخص دیگری استفاده کنیم. در هر صورت، هر گونه افشا فقط برای کسی خواهد بود که بتواند در پیشگیری از تهدید کمک کند.

یادداشتهای روان درمانی - اکثر کاربریها و افشاهای یادداشتهای روان درمانی نیاز به مجوز شما دارند.

اهدای عضو بافت – ممکن است اطلاعات پزشکی را برای سازمانهای که در کار تامین عضو یا فراکاشت عضو، چشم انجام میدهند یا برای بانک اهدای عضو، در صورت ضرورت برای تسهیل اهدای عضو یا بافت و فراکاشت آنها منتشر کند.

نظامیان و کهنه سربازان – اگر عضوی از نیروهای مسلح باشید، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در صورت ضرورت با اجازه مقامات فرماندهی نظامی افشا کنیم. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی پرسنل نظامی خارجی برای مقام نظامی خارجی مرتبط افشا کنیم.

جبران خسارت کارگران - ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برابجبران خسارت کارگران یا برنامه های مشابه منتشر کنیم. این برنامه ها منافی برای جراحات یا بیماریهای مرتبط با شغل دارد.

اقدامات سلامت عمومی – ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای اقدامات سلامت عمومی نشر دهیم. معمولا این اقدامات شامل موارد زیر است:

✦ برای پیشگیری از یا کنترل بیماری، جراحی، و از کار افتادگی؛

✦ برای گزارش تولدها یا مرگها؛

✦ برای گزارش در مورد سوء استفاده از یا غفلت از کودکان، افراد مسن و بزرگسالان وابسته؛

✦ برای گزارش واکنشها در برابر درمانها یا مشکلات محصولات؛

✦ برای اطلاع رسانی به مردم در مورد فراخوان محصولاتی که ممکن است در حال استفاده از آنها باشند؛

✦ برای اطلاع دادن به شخصی که ممکن است در معرض یک بیماری باشد و یا ممکن است در خطر دچار شدن یا گسترش یک بیماری یا وضعیت باشد؛

لازم الاجرا از **۱۴ آوریل ۲۰۰۳** **بازبینی** شده در **۱۰ سپتامبر ۲۰۱۳؛ ۲۳ مارچ ۲۰۱۵؛ ۲۹ جولای ۲۰۱۹**

حفظ حریم خصوصی

✦ برای اطلاع به مقام دولتی مرتبط در صورتی که فکر میکنیم یک بیمار قربانی سوء استفاده، غفلت یا خشونت خانگی شده است. فقط در صورت موافقت شما یا زمانی که لازم باشد یا قانون مجوز دهد اطلاعات افشا خواهد شد؛

✦ برای اطلاع به کارمندان وضعیت اضطراری در مورد قرار گرفتن احتمالی در برابر HIV/AIDS، تا حد ضرورت برای مطابقت با قوانین ایالتی و فدرال.

اقدامات نظارت بر سلامت – ممکن است اطلاعات بهداشتی را برای یک موسسه نظارت بر سلامت برای اقدامات مجاز قانونی افشا کنیم. این اقدامات نظارتی، مثلا، شامل حسابرسی، بازرسیها، بررسی و پروانه فعالیت است.

این اقدامات برای دولت برای نظارت بر نظام مراقبت از سلامت، برنامه های دولت، و مطابقت با قوانین حقوق مدنی ضروری هستند.

طرح دعوا و اختلافات – اگر در داخواهی یا مناقشه هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در پاسخ به دستور دادگاه یا دستور اجرایی افشا کنیم. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی شما را در پاسخ به حکم احضار، درخواست کشف یا دیگر فرایندهای قانونی از سوی افراد دیگری که در منازعه درگیر هستند افشا کنیم، اما فقط در صورتی که تلاش شده باشد که در مورد درخواست به شما اطلاع دهند (که ممکن است شامل ابلاغ مکتوب برای شما شود) یا به شما امکان دهنحکمی در مورد حفاظت از اطلاعات درخواستی به دست آورید.

اجرای قانون – ممکن است اطلاعات پزشکی را در صورت درخواست انجام آن از سوی یک مقام اجرایی قانون افشا کنیم:

✦ در پاسخ به دستور دادگاه، حکم احضار، حکم بازداشت،فراخوانها یا فراین مشابه؛

✦ برای شناسایی یا تعیین مکان یک مظنون، سرباز فراری، گواه معتبر یا شخص گمشده؛

✦ در مورد قربانی جرم اگر، تحت شرایط محدود شده خاص، نتوانیم مولفقت شخص را کسب کنیم؛

✦ در مورد مرگی که از نظر ما ممکن است در نتیجه رفتار مجرمانه رخ داده باشد؛

✦ در مورد رفتار مجرمانه در تلسیات ماء و

✦ در شرایط اضطراری برای گزارش یک جرم؛ محل انجام جرم یا قربانیان؛ یا هویت، شرح، یا محل شخصی که جرم را مرتکب شده است.

مامورات تحقیق، معاینه کنندگان پزشکی و مدیران مراسم دفن – ما ممکن است اطلاعات پزشکی را برای یک مامورتحقیق یا معاینه کننده پزشکی افشا کنیم. ممکن است این کار ضروری باشد، مثلا، برای شناسایی یک شخص متوفی یا تعیین علت مرگ. به علاوه ممکن است اطلاعات پزشکی مربوط به بیماران بیمارستان را برای مدیران دفن در صورت ضرورت برای انجام وظایف افشا کنیم.

امنیت ملی و فعالیتهای اطلاعاتی – امکان دارد اطلاعات پزشکی شما را برای مقامات مجاز فدرال برای کسب اطلاعات، ضداطلاعات و دیگر اقدامات امنیتی ملی که قانون مجاز دانسته افشا کنیم.

خدمات حفاظتی برای رئیس جمهور و دیگران – ممکن است اطلاعات پزشکی شما را برای مقامات مجازفدرال افشا کنیم تا امکان انجام بازرسی یا حفاظت از رئیس جمهور ،دیگر اشخاص صلاحیت دار یا دیگر سران دولتهای خارجی فراهم شود.

زندانیان – اگر زندانی یک نهاد اصلاحی یا تحت بازداشت یک مقامو اجرایی قانون هستید، ما ممکن است اطلاعات پزشکیتان را را برای نهاد اصلاحی یا مقام اجرایی قانون در صورت اجازه قانون یا ضرورت قانونی افشا کنیم. این افشاگری برای 1) نهاد برای فراهم کردن مراقبت بهداشتی؛ 2) حفظ سلامت و ایمنی شما یا دیگران؛ یا 3) برای ایمنی و امنیت نهاد اصلاحی ضروری خواهد بود.

مقولات ویژه اطلاعات – در بعضی شرایط، اطلاعات سلامتی شما ممکن است در معرض محدودیتهایی باشد که ممکن است مانع از یا محدود کننده به کار گیری یا افشاگر یهائی باشد که در این ابلاغیه شرح داده شده است. برای نمونه، محدودیتهای خاصی در مورد استفاده از یا افشای مقولات خاص اطلاعات وجود دارد --مثلا، آزمایشهای HIV یا درمان وضعیت سلامت ذهنی یا الکل و سوء مصرف مواد.

مبادله اطلاعات سلامت (HIE) – ممکن است اطلاعات پزشکی شما را به صورت الکترونیکی با سازمانهای دیگر که در آنها خدمات مراقبت سلامتی دریافت میکنید مبادله کنیم. مبادله الکترونیکی اطلاعات راهی است سریعتر برای گرفتن اطلاعات سلامتی شما برای فراهم کننده مراقبت سلامت که با شما سرکار دارند. لازم است مشارکت کنندگان HIE مقرراتی را که از حریم خصوصی و امنیت اطلاعات سلامتی و شخصی شما محافظت میکنند رعایت کنند.

پورتال ایمن بیمار – ما یک سیستم مبنی بر شبکه به نام Patient Portal ایجاد کرده ایم، که به ما امکان میدهد به صورت ایمن اطلاعات مراقبت سلامت را با شما در میان بگذاریم و انتقال دهیم. با رضایت خودتان، یک ID کاربر و گذرواژه ای برای دسترسی به Patient Portal دریافت خواهید کرد. اگر ID کاربر یا گذره واژه Patient Portal شما را شخص دیگری دریافت کند، اطلاعات پزشکیتان در معرض افشاگری نامناسب خواهد بود. اگر حس میکنید کسی به Patient Portal شما دسترسی نامناسب دسترسی دارد لطفا فوراً با ما اطلاع دهید.

حقوق شما در مورد اطلاعات پزشکیتان که ما برای شما حفظ میکنیم

شما دارای حقوقی در مورد اطلاعات پزشکیتان هستید که ما برای شما حفظ میکنیم برای اجرای این حقوق مربوط به اطلاعات پزشکی که برای شما حفظ میکنیم، باید درخواست کتبی خود را تسلیم Palomar Health Medical Group, Privacy Office, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064 کنید.

حق مشاهده و کپی برداری

شما این حق را دارید که اطلاعات پزشکی خود، از جمله نتایج آزمایشگاهی را بررسی کرده و/یا یک نسخه از آن دریافت کنید. شما می‌توانید یک نسخه الکترونیکی یا چاپی از اطلاعات پزشکی خود را درخواست کنید.

ما ممکن است در شرایط بسیار محدود درخواست شما را برای بررسی و دریافت یک نسخه رد کنیم. در صورت عدم دسترسی به اطلاعات پزشکی، شما می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

حق تغییر

چنانچه احساس میکنید اطلاعات پزشکی ما در مورد شما اشتباه یا ناقص است، شما می‌توانید از ما بخواهید که اطلاعات را اصلاح کنیم. شما این حق را دارید تا زمانی که اطلاعات در گروه و پژوهشهای ما ثبت شده یا نمایانند بیش از شش سال بوده و تاریخ‌های قبل از 14 آوریل ۲۰۰۳ را شامل شود. اولین فهرستی که شما در یک مکتوب انجام شود و باید دلیلی ارائه دهید که از درخواست شما پشتیبانی کند. ما ممکن است درخواست شما را بر طبق قانون رد کنیم.

حتی اگر ما درخواست اصلاح شما را رد کنیم، شما این حق را دارید باینبه مخالفت خود را ارائه دهید.

حق محاسبه موارد افشاگری

شما دارای حق درخواست محاسبه موارد افشاگری می‌باشید. این فهرستی از موارد افشاگری است که ما درباره اطلاعات پزشکی شما به غیر از موارد استفاده خردمان برای عملیات‌های درمان، پرداخت و مراقبت‌های بهداشتی و به استثنای سایر موارد طبق قانون، انجام داده‌ایم. درخواست شما باید دارای یک بزاره زمانی باشد که نمی‌تواند بیش از شش سال بوده و تاریخ‌های قبل از ۱۴ آوریل ۲۰۰۳ را شامل شود. اولین فهرستی که شما در یک دوره ۱۲ ماهه درخواست می‌کنید رایگان خواهد بود. جهت دریافت فهرست‌های اضافی، ما ممکن است هزینه های ارائه فهرست را از شما بگیریم.

حق درخواست محدودیت‌ها

شما این حق را دارید که درخواست محدودیت یا محدودسازی در مورد اطلاعات پزشکی داشته باشید که ما برای عملیات‌های درمان، پرداخت یا مراقبت‌های بهداشتی در مورد شما استفاده میکنیم یا افشا می‌سازیم. جهت استفاده در فهرست امکانات؛ یا به اعضای خانواده و سایر افرادی که در مراقبت شما دخیل هستند. ما موظف نیستیم با درخواست شما موافقت کنیم، مگر در حدی که از ما بخواهید موارد افشا برای یک برنامه بهداشتی یا بیمهگر برای پرداخت یا با هدف انجام عملیات‌های مراقب‌های بهداشتی را محدود کنیم در صورتی که شما یا شخص دیگری به نمایندگی از شما (غیر از برنامه بهداشتی یا بیمهگر) ، هزینه این مورد یا سرویس را به طور کامل از جیب خود پرداخت کرده باشید.

حق درخواست ارتباطات محرمانه

شما این حق را دارید از ما بخواهید که در مورد موضوعات پزشکی به روشی خاص یا در مکانی خاص با شما ارتباط برقرار کنیم. ما به کلیه درخواست‌های معتبر پاسخ خواهیم داد. درخواست شما باید نحوه یا مکانی که می‌خواهید با شما تماس گرفته شود را مشخص کند.

حق داشتن یک نسخه چاپی از این اطلاعیه

شما این حق را دارید یک نسخه چاپی از این اطلاعیه را در صورت درخواست داشته باشید. شما می‌توانید در هر زمانی از ما بخواهید که یک نسخه از این اطلاعیه را در اختیار شما قرار دهیم. حتی اگر با دریافت این اطلاعیه به صورت الکترونیکی موافقت کرده‌اید، باز هم این حق را دارید یک نسخه چاپی از این اطلاعیه را دریافت کنید. شما می‌توانید یک نسخه از این اطلاعیه را در وبسایت ما دریافت کنید: **PalomarHealth.org**.

تغییرات در این اطلاعیه - ما این حق را برای خود محفوظ می‌داریم که در هر زمان این اطلاعیه را تغییر دهیم و اطلاعیه جدید را برای همه اطلاعات پزشکی که در اختیار داریم، از جمله اطلاعات پزشکی که از قبل درباره شما داریم و همچنین هرگونه اطلاعاتی که در آینده دریافت می‌نماییم، اجرا کنیم. ما یک نسخه از اطلاعیه فعلی را در همه بخش‌ها و مکان‌های کلینیک خود ارسال خواهیم کرد.

شکایات - چنانچه فکر میکنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، شما می‌توانید از طریق ما یا وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده شکایت کنید. شما می‌توانید از طریق تماس تلفنی با مسئول حفظ حریم خصوصی به شماره **1.877.376.3930** یا مکتوبه با Palomar Health Medical Group, Privacy Officer, 15611 Pomerado Road, Suite 400, Poway, CA 92064، شکایتی از طریق با ما ثبت کنید. شما به دلیل ثبت یک شکایت مجازات نشده یا تاوان آن را نمی‌دهید.

شکایات - سایر موارد استفاده و افشای اطلاعات پزشکی که در این اطلاعیه یا قوانین مربوط به ما پوشش داده نشده است، تنها با مجوز کتبی شما انجام می‌شود. چنانچه به ما اجازه استفاده یا افشای اطلاعات پزشکی مربوط به خود را بدهید، شما می‌توانید در هر زمان این اجازه را به صورت مکتوب لغو کنید. چنانچه شما مجوز خود را لغو کنید، این امر هرگونه استفاده یا افشای بیشتر اطلاعات پزشکی شما برای اهداف تحت پوشش مجوز کتبی شما را متوقف می‌کند، مگر در مواردی که ما قبلاً با اتکا به مجوز شما اقدام کرده باشیم. شما می‌دانید که ما نمی‌توانیم هرگونه افشاگری که قبلاً با مجوز شما انجام داده‌ایم را پس بگیریم و ما ملزم هستیم سوابق مراقبت‌هایی که به شما ارائه داده‌ایم را حفظ کنیم.

اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی

برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ :MRN _____

تایید دریافت

اطلاعات بیمار

نام بیمار (لطفا چاپ شود) _____

تاریخ تولد بیمار _____

امضای بیمار/قیم _____

تاریخ _____

شماره تلفن بیمار XXX-XXX-XXXX _____

نام پزشک _____

با امضای این فرم، بیمار دریافت اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی "مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کند. "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" ما اطلاعاتی در مورد اینکه ما چگونه می‌توانیم اطلاعات پزشکی شما را مورد استفاده قرار داده یا افشا کنیم را ارائه می‌دهد. توصیه می‌کنیم آن را به طور کامل بخوانید.

من دریافت "اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" مربوط به Palomar Health Medical Group را تأیید می‌کند.

امضای بیمار/قیم _____

تاریخ _____

در صورت نماینده قانونی بودن، اعلام نسبت با بیمار

من مایلیم یک نسخه از هرگونه اطلاعیه اصلاح‌شده شیوه‌های حفظ حریم خصوصی را از طریق ایمیل دریافت کنم.

آدرس ایمیل من بدین ترتیب است: _____

برچسب بیمار در اینجا

نام بیمار: _____

تاریخ تولد: _____ MRN: _____

حقوق شما به عنوان بیمار Palomar Medical Group

شما حق قانونی دارید که خواسته‌هایتان در مورد مراقبت‌های پزشکی خود، از جمله حق پذیرش یا رد درمان را اعلام کنید. سند "راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته" ابزاری برای تعیین خواسته‌های شما و الزام‌آور ساختن آنها از نظر قانونی می‌باشد.

راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته چیست؟

این یک سند حقوقی است که به شما امکان می‌دهد خواسته‌های خود در مورد درمان ماندگار مشخص کنید. این سند همچنین به شما این امکان را می‌دهد که فردی را که به او اعتماد دارید نام ببرید تا در مواقع ناتوانی شما صحبت کند. این سند جایگزین "خواسته‌های زندگی" و "وکالت‌نامه پایدار برای مراقبت‌های بهداشتی" می‌باشد. شما می‌توانید پزشک مراقبت‌های اولیه خود را شناسایی کرده و خواسته‌های خود در مورد CPR، لوله‌های تغذیه، دستگاه‌های تنفسی، داروهای مسکن، اهداء اعضای بدن و سایر خواسته‌ها را مشخص کنید.

چگونه می‌توانم اطلاعات بیشتری کسب کنم؟

منابع اینترنتی

http://ag.ca.gov/consumers/general/adv_hc_dir.php

<http://www.cmanet.org/about/patient-resources/end-of-life-issues/advance-directives>

<http://www.coalitionccc.org>

جزوه "یافتن راه خود" راهنمای مفیدی برای اندیشیدن و گفتگو درباره این مسائل است. جهت سفارش یک نسخه، چک \$1.50 (قابل پرداخت به "CHCD") را به Center for Healthcare Decisions, 95670 Data Drive, Rancho Cordova, CA 3400 ارسال کنید یا آن را از طریق وبسایت آنها سفارش دهید، www.chcd.org.

چگونه می‌توانم فرم راهنمای مراقبت‌های بهداشتی پیشرفته را دریافت کنم؟

انجمن پزشکی کالیفرنیا - کیت با هزینه جزئی موجود است (در حال حاضر \$6)

تلفن: 800.786.4262 200 J St. STE 1201

فاکس: 916.551.2036 95814 Sacramento, CA

فرم را آنلاین به صورت رایگان در آدرس زیر دریافت کنید:

[pdf.http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCD1](http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCD1.pdf)

چه نوع راهنماهای دیگری موجود است؟

دستورات پزشک برای درمان ماندگار (POLST)-این مورد مکمل راهنمای پیشرفته است و در صورت نیاز به درمان ماندگار، دستور پزشک را امضا و آماده انجام می‌کند. ممکن است راهنماهای خاصی در مورد CPR و مداخلات پزشکی مانند کمک به تنفس و تغذیه مصنوعی ارائه شود.

Palomar Health Medical Group یک سیاست مکتوب در راهنمای پیشرفته دارد. در صورت تمایل به دریافت اطلاعات بیشتر کادر زیر را علامت بزنید.

بیماران: لطفاً کادر(های) مناسب را علامت بزنید:

من یک راهنمای پیشرفته و/یا POLST در اختیار دارم. من یک نسخه را به Palomar Health Medical Group ارائه می‌دهم. [نسخه را به یکی از کارکنان ما بدهید یا به این آدرس ارسال کنید AHMG, 92064 Pomerado Road, Poway, CA 15611, توجه: سوابق پزشکی.]

من راهنمای پیشرفته/POLST را در اختیار دارم اما نمی‌خواهم یک نسخه از آن را به AHMG ارائه دهم.

من یک راهنمای پیشرفته/POLST در اختیار ندارم.

من مایل هستم اطلاعات بیشتری در مورد سیاست Palomar Health Medical Group در راهنماهای پیشرفته دریافت کنم.

تاریخ

امضای بیمار یا نماینده حقوقی بیمار

نام (خانوانگی، کوچک، I.M.I.)	تاریخ تولد	جنسیت: مترک مؤنث	تاریخ امروز
نشانی	تلفن	ایمیل	

داروخانه

داروخانه	نشانی	شماره تلفن
داروخانه	نشانی	شماره تلفن

داروها، داروها و ویتامین‌های بدون نسخه

نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف	نام دارو، قدرت، تعداد دفعات مصرف

حساسیت‌های بزرگسالان

نکته: حساسیت‌هایی که در اینجا وارد شده‌اند در مورد فهرست داروهای فعلی بررسی نمی‌شوند.

PREVACID	LATEX	DEMEROL	(ACCUPRIL (QUINAPRIL
PRIOSEC	LEVOFLOXACIN	DEPAKOTE	ACETAMINOPHEN
PRINIVIL	LIDOCANE	(DIABETA (GLYBURIDE	ACYCLOVIR
QUINOLONES	LIPITOR	DIAMOX	(ADVIL (IBUPROFEN
RANITIDINE	LODINE	DICLOXACILLIN	(ALTACE (RAMIPRIL
(SEPTA (SULFAMETHOXAZOLE	(LOPRESSOR (METOPROLOL	DOXYCYCLINE	AMPICILLIN
SULFA	(MICRONASE (GLYBURIDE	EGG	(AMARYL (GLIMEPIRIDE
(TAGAMET (CIMETIDINE	(MINOCIN (MINOCYCLINE	ERYTHROMYCIN	(AUGMENTIN (AMOXICILLIN
(TEGRETOL (CARBAMAZEPINE	MORPHINE	FAMOTIDINE	ASPIRIN
(TENORMIN (ATENOLOL	(MOTRIN (IBUPROFEN	FLAGYL	(BACTRIM (SULFAMETHOXAZOLE
TETANUS TOXOID	(NAPROSYN (NAPROXEN	FLOXIN	BIAXIN
TETRACYCLINE	NEPTAZANE	(GLUCETROL (GLIPIZIDE	(CARAFATE (SUCRALFATE
TICLID	NIACIN	HEPARIN	(CECLOR (CEFACTOR
(VALIUM (DIAZEPAM	OXYCODONE	IBUPROFEN	CELEBREX
VANCOMYCIN	PEANUT	(INDERAL (PROPRANOLOL	CEPHALOSPORINS
VASOTEC	PENICILLIN	(INDOCIN (INDOMETHACIN	(CIPRO (CIPROFLOXACIN
ZESTRIL	(PERCOCET (OXYCODONE	(INSULIN (ANIMAL	(CLINORIL (SULINDAC
ZITHROMAX	PERSANTINE	SHELLFISH یا IODINE	(CONTRAST MEDIA (IOVERSOL
ZOCOR	PLAVIX	(KEFLEX (CEPHALEXIN	CODEINE
ZYLOPRIM (ALLOPURINOL	PHENYTOIN	KLONOPIN	COUMADINE
	PRAVOCHOL	(LASIX (FUROSEMIDE	DARVON

حساسیت‌های غذایی / سایر حساسیت‌ها		

سوابق پزشکی

تاریخ شروع	بیماری / کیسه صفرا	تاریخ شروع	حساسیت‌ها
تاریخ شروع	GERD	تاریخ شروع	کم خونی
تاریخ شروع	سردرد، میگرن	تاریخ شروع 17/6/12	آنژین
تاریخ شروع	بیماری قلبی	تاریخ شروع	اضطراب
تاریخ شروع	نارسایی درجه قلب	تاریخ شروع	آرتروز
تاریخ شروع	هیپاتیت / بیماری کبدی	تاریخ شروع	تنگی نفس
تاریخ شروع	فشار خون	تاریخ شروع	فیبریلاسیون دهلیزی
تاریخ شروع	بیماری روده تحریک‌پذیر	تاریخ شروع	لختگی خون
تاریخ شروع	سکته قلبی	تاریخ شروع	سرطان
تاریخ شروع	پوکی استخوان	تاریخ شروع	آریتمی قلبی
تاریخ شروع	بیماری کلیوی	تاریخ شروع	COPD
تاریخ شروع	تشنج	تاریخ شروع	بیماری عروق کرونر
تاریخ شروع	سکته	تاریخ شروع	افسردگی
تاریخ شروع	بیماری تیروئید	تاریخ شروع	دیابت
تاریخ شروع	سایر موارد	تاریخ شروع	افزایش میزان لیپیدها

سوابق جراحی

تاریخ	LASIK	تاریخ	استخراج آب مروارید	تاریخ	آنژیوپلاستی
تاریخ	ماسکتومی	تاریخ	کولسیستکتومی	تاریخ	آپاندکتومی
تاریخ	میومکتومی	تاریخ	کلکتومی	تاریخ	آرتروسکوپی
تاریخ	ORIF	تاریخ	کلوستومی	تاریخ	جراحی کمر
تاریخ	تیروئیدکتومی	تاریخ	D&C	تاریخ	بستن لوله‌های رحمی
تاریخ	جراحی لوزه	تاریخ	بای پس معده	تاریخ	تزریق خون
تاریخ	سایر موارد	تاریخ	عمل جراحی فتق	تاریخ	جراحی پروتز سینه
		تاریخ	تعویض مفصل ران	تاریخ	CABG
		تاریخ	هیسترکتومی	تاریخ	ضربان‌ساز قلب
		تاریخ	تعویض مفصل زانو	تاریخ	آزادسازی تونل کارپ

سوابق خانوادگی – ادامه دارد	
نسبت	زنده و سرحال
نام عضو خانواده	فوت شده
ADD / ADHD	سن شروع
اعتیاد به الکل	سن شروع
حسابیت‌ها	سن شروع
بیماری آلزایمر	سن شروع
آرتروز	سن شروع
تنگی نفس	سن شروع
اختلال خونی	سن شروع
سرطان	سن شروع
بیماری قلب و عروقی	سن شروع
بیماری عروق کرونر	سن شروع
بیماری عروق کرونر (PRE)	سن شروع
افسردگی	سن شروع
تأخیر در رشد	سن شروع
دیابت	سن شروع
اگزما	سن شروع
افزایش میزان لیپیدها	سن شروع
بیماری ژنتیکی	سن شروع
نقص شنوایی	سن شروع
فشار خون	سن شروع
بیماری روده تحریک‌پذیر	سن شروع
ناتوانی در یادگیری	سن شروع
بیماری روانی	سن شروع
میگرن	سن شروع
چاقی	سن شروع
پوکی استخوان	سن شروع
بیماری عروق محیطی	سن شروع
بیماری کلیوی	سن شروع
تشنج	سن شروع
سکته	سن شروع
نارسایی تیروئید	سن شروع
سایر موارد	سن شروع

سوابق خانوادگی	
نسبت	هیچ کدام
نام عضو خانواده	زنده و سرحال
فوت شده	فوت شده
ADD / ADHD	سن شروع
اعتیاد به الکل	سن شروع
حسابیت‌ها	سن شروع
بیماری آلزایمر	سن شروع
آرتروز	سن شروع
تنگی نفس	سن شروع
اختلال خونی	سن شروع
سرطان	سن شروع
بیماری قلب و عروقی	سن شروع
بیماری عروق کرونر	سن شروع
بیماری عروق کرونر (PRE)	سن شروع
افسردگی	سن شروع
تأخیر در رشد	سن شروع
دیابت	سن شروع
اگزما	سن شروع
افزایش میزان لیپیدها	سن شروع
بیماری ژنتیکی	سن شروع
نقص شنوایی	سن شروع
فشار خون	سن شروع
بیماری روده تحریک‌پذیر	سن شروع
ناتوانی در یادگیری	سن شروع
بیماری روانی	سن شروع
میگرن	سن شروع
چاقی	سن شروع
پوکی استخوان	سن شروع
بیماری عروق محیطی	سن شروع
بیماری کلیوی	سن شروع
تشنج	سن شروع
سکته	سن شروع
نارسایی تیروئید	سن شروع
سایر موارد	سن شروع

تاریخ اجتماعی

تاریخ سفر اخیر و مقصد:

سلامت عمومی و عادات (همه موارد صحیح را علامت بزنید)

وضعیت فعلی سلامت:		عالی	خیلی خوب	متوسط	ضعیف	وزن: 10 سال پیش؟	5 سال پیش؟	وزن فعلی؟
ورزش منظم؟	بله	خیر	آیا سیگار می‌کشید؟	بله	خیر	الکل مصرف می‌کنید؟	بله	خیر
چه مدت به طور منظم؟ (سال‌ها)	سیگار	پیپ	سیگار برگ	تعداد دفعات نوشیدن در روز/هفته	تعداد فنجان قهوه در روز؟	تعداد دفعات نوشیدن در روز/هفته	تعداد فنجان چای در روز؟	تعداد فنجان چای در روز؟
نوع:	تعداد بسته در روز:	تعداد سال‌های استعمال سیگار:	متوقف شده است؟ بله خیر	تعداد سال‌های استعمال سیگار:	تعداد قوطی/لیوان؟	تعداد سال‌های ترک:	تعداد قوطی/لیوان؟	تعداد قوطی/لیوان؟

سوابق OB GYN

آخرین دوره :	خونریزی مختصر	مدت زمان جریان	دوره‌های منظم	آخرین پاپ اسمیر
تعداد پدهای استفاده شده در 24 ساعت	خونریزی زیاد	سن دوره اول	دوره‌های نامنظم	پاپ اسمیر غیرطبیعی قبلی
استفاده از تامپون	موارد بارداری (GRAVID)	موارد زایمان (PARA):	پاتسنگی	

سوابق جراحی OB GYN (لطفاً همه موارد صحیح را علامت بزنید)

هیچ کدام

جراحی پروتز سینه	جراحی لومپکتومی سینه	هیسترکتومی (تعداد کل ABD)	میومکتومی	سالیپونوفورکتومی
بستن لوله‌های رحمی	بخش سزارین	مانسکتومی	ماموپلاستی کاهشی	هیستروکتومی واژن
نمونه‌برداری از سینه	C و D	سایر موارد:		

واکسیناسیون‌ها

انفلوآنزا	پنوموکویک	هیپاتیت B	مننژوکوک	کزاز
PPD (آزمایش سل)		سایر موارد:		

راهنمای پیشرفته

آیا شما راهنمای پیشرفته در اختیار دارید؟ بله خیر
آیا مایل هستید در مورد راهنماهای پیشرفته گفتگو کنید؟ بله خیر