

Burley Office
2311 Parke Ave., Unit 4
Burley, ID 83318
208-678-8221
Fax: 208-678-7465
WIC: 208-678-8608

Gooding Office
255 North Canyon Dr.
Gooding, ID 83330
208-934-4477
Fax: 208-934-8558

Bellevue Office
117 E. Ash St.
Bellevue, ID 83313
208-788-4335
Fax: 208-788-0098

Jerome/Shoshone Office
951 East Avenue H
Jerome ID 83338
208-324-8838
Fax: 208-324-9554
WIC: 208-324-1323

Twin Falls Office
1020 Washington St. N.
Twin Falls, ID 83301-3156
208-737-5900
Fax: 208-734-9502

Ocuvanje vase porodice i zajednice zdravim

Datum: _____

Ovaj dokument ovlascuje oslobadjanje medicinskih informacija upuceno na _____

(Klijentovo Puno ime)

Datum rođenja: _____ da budu pustene od: _____

(Adresa) _____ (Grad) _____ (Drzava) _____ (Postanski Broj) _____
i poslana na: _____

(Adresa) _____ (Grad) _____ (Drzava) _____ (Postanski Broj) _____

Ja ovim ovlascujem fotokopije nekih ili svih informacija zahtijevanih da budu ustupljene/pripremljene iznad imenovanom primaocu. Ovo ustupanje je na snazi u toku jedne godine od datuma iznad osim ako je drugacije opozvano. Ovo ustupanje smije biti opozvano u bilo koje vrijeme potpisanom, pismenom izjavom od pacijenta ili od odgovorne stranke.

Da li postoji neka informacija koju Vi NE zelite da bude oslobodjena?

Inicijali _____

Informacije na ustupanje:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Istorija i zdravstveni pregled | <input type="checkbox"/> Rentgen, ultrazvuk, EEG, CT skeniranje, MRI | <input type="checkbox"/> Istorija vakcinacije |
| <input type="checkbox"/> Savjetovanje | <input type="checkbox"/> EKG | <input type="checkbox"/> Operativni izvjestaji |
| <input type="checkbox"/> Patoloski izvjestaj
(ukljucujuci Papov test) | <input type="checkbox"/> Laboratorijski izvjestaji | <input type="checkbox"/> Prikaz otpusnice |
| <input type="checkbox"/> Porodjajni izvjestaji | <input type="checkbox"/> HIV rezultati | |
| | <input type="checkbox"/> Ostalo: _____ | |

SPECIFICNO OVLAŠTENJE

Zloupotreba substanci Informacije o tretmanu mentalnog zdravlja HIV (SIDA) Rezultati testa

Ja priznajem da podatak koji ce biti pusten **SMIJE UKLJUCIVATI** materijal koji je zasticen Saveznim zakonom. Ja da / ne (zaokruzi jedno) ovlascujem oslobadjanje svih takvih informacija.

Inicijali _____

- ____ Ja razumijem da ovlascenje oslobadjanja ovih informacija je dobrovoljno.
 ____ Ja razumijem da smijem odbiti davanje ovlascenja bez rizika da to utice na moj tretman ili mogucnost za usluge.
 ____ Ja razumijem da informacije koje su dobijene ovim ovlascenjem mogu biti ponovo objelodanjene i ne vise zasticene Saveznim propisima o privatnosti.
 ____ Ja razumijem da ce District Health ured mi obezbijediti kopiju ovog popunjenog ovlascenja na moj zahtjev.

Potpis (Klijenta ili roditelja/Zakonskog zastupnika)

Datum

Srodstvo (ako je neko drugi nego klijenat)