

Nama Pasien: \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

Saya memberikan ijin untuk membagikan informasi kesehatan saya yang rahasia. Mohon tuliskan darimanakah Anda ingin informasi Anda dikirimkan dan kepada siapakah Anda ingin informasi Anda dikirimkan.

**Dari:**

Nama: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

Telp: \_\_\_\_\_ Faks: \_\_\_\_\_

**Kepada:**

Nama: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

Telp: \_\_\_\_\_ Faks: \_\_\_\_\_

**Tujuan:**  Perawatan Kesehatan  Asuransi  Masalah Hukum  Pribadi  Pendidikan  Perpindahan Layanan Kesehatan

**Informasi yang Diungkapkan:**

Saya memberikan ijin pengungkapan atas informasi di bawah ini:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ringkasan Rekam Medis/tanggal _____<br>(contoh: Laporan Riwayat, Laporan Fisik, Laporan Operatif,<br>Laporan Pengujian, Ringkasan Pasien Pulang) | <input type="checkbox"/> Laporan Laboratorium              | <input type="checkbox"/> Citra Radiologi dalam bentuk CD |
| <input type="checkbox"/> Surat Tagihan  | <input type="checkbox"/> Catatan Kantor                    | <input type="checkbox"/> Laporan Radiologi               |
| <input type="checkbox"/> Catatan Kardiologi   | <input type="checkbox"/> Laporan Operatif                  | <input type="checkbox"/> Laporan Radiasi                 |
| <input type="checkbox"/> Catatan Ruang Gawat Darurat  | <input type="checkbox"/> Laporan Patologi                  | <input type="checkbox"/> Layanan Rehab                   |
| Catatan pada hari-hari tertentu: _____ sampai _____   | <input type="checkbox"/> Lainnya (mohon jelaskan di bawah) | _____  |

**Informasi Yang Sensitif Untuk Diungkapkan:**

Silahkan tandai **YA** jika Anda memberikan ijin untuk merilis informasi di bawah ini apabila muncul dalam catatan Anda:

- YA **Hasil Tes terkait HIV/AIDS (IJIN DARI PASIEN DIBUTUHKAN UNTUK SETIAP PERMINTAAN INFORMASI YANG DIKELUARKAN) RINCIKANTANGGALNYA** \_\_\_\_\_
- YA **Hasil uji Penyaringan Genetis (RINCIKAN TIPE PENGUJIAN)** \_\_\_\_\_
- YA **Catatan Pengobatan Penyalahgunaan Obat dan Alkohol** Dilindungi oleh Negara Secara Rahasia Peraturan No 42CFR Bagian 2 (PERATURAN NEGARA MELARANG PENGUNGKAPAN LEBIH LANJUT DARI INFORMASI INI KECUALI PENGUNGKAPAN LEBIH LANJUT DENGAN TUJUAN KHUSUS DIJINKAN DENGAN SURAT IJIN TERTULIS DARI ORANG YANG BERSANGKUTAN ATAU DIJINKAN SEBALIKNYA OLEH PERATURAN 42 CFR BAGIAN 2) Surat ijin ini dapat dicabut baik melalui permintaan secara lisan maupun tertulis.
- YA Rincian Diagnosa dan/atau Pengobatan Kesehatan Mental diberikan oleh Psikiater, Psikolog, Spesialis Perawat Rumah Sakit Jiwa, atau Dokter Jiwa yang Berlisensi (LMHC) (*Saya memahami bahwa surat ijin dari saya mungkin tidak dibutuhkan untuk mengeluarkan catatan kesehatan jiwa saya untuk tujuan pembayaran*) (**TIDAK TERMASUK CATATAN PSIKOTERAPI**)
- YA Percakapan rahasia dengan Pekerja Sosial Berlisensi
- YA Rincian Konseling Korban Kekerasan Domestik
- YA Rincian Konseling Pelecehan Seksual

**Format Laporan:**  Salinan Cetak Kertas (atau bentuk fisik lainnya)  Salinan Elektronik (CD)

Mungkin akan ada biaya untuk pembuatan salinan dan pengiriman informasi medis. Saya akan mendapat pemberitahuan mengenai biaya sebelum menerima/mengirim informasi medis

**Cara Pengiriman:**  Kirim surat kepada entitas penerima di atas  Saya akan mengambilnya  
 Orang yang ditunjuk akan mengambilnya  Lainnya: \_\_\_\_\_  
(sebutkan di bawah)

Wentworth-Douglass  
HIPAA  
**SURAT IJIN PENGUNGKAPAN INFORMASI  
KESEHATAN**



R10020

8402-03MR

Rev. 06/14/18

Nama Pasien: \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

Yang harus dilengkapi jika Orang yang ditunjuk mengambil informasi medis:

Saya mengizinkan \_\_\_\_\_, yang saya tunjuk, untuk mengambil rekam medis yang disebutkan di atas  
Nama Cetak

karena saya tidak dapat melakukannya sendiri.

- Hanya sekali** – ketika orang yang saya tunjuk mengambil rekam medis saya, maka orang tersebut tidak dapat mengambil rekam medis saya berikutnya kecuali Saya menandatangani salinan lain dari dokumen ini.
- Tanpa batas** – orang yang saya tunjuk dapat mengambil rekam medis saya sampai saya mencabut wewenang orang yang saya tunjuk atau sampai Formulir Rilis PHI ini berakhir atau dicabut oleh saya.
- **SAYA DAPAT MENOLAK UNTUK MENANDATANGANI SURAT IJIN INI.** Rumah Sakit Wentworth–Douglass, dan entitas terkait, tidak akan menolak memberikan perawatan kepada saya berdasarkan penolakan saya menandatangani Surat Ijin tersebut kecuali satu-satunya tujuan untuk mendapatkan perawatan adalah untuk membuat rekam medis untuk orang lain. Sebagai contoh, pihak Rumah Sakit dapat menolak melakukan pemeriksaan fisik pra-kerja untuk saya jika Saya menolak memberi kuasa untuk penyampaian informasi yang didapat selama pemeriksaan fisik kepada atasan saya.
- Saya dapat mencabut Surat Ijin ini setiap saat, secara tertulis, kecuali sejauh kami telah mengandalkan dalam membuat pemberitahuan. Pencabutan tertulis Anda akan berlaku bila kami menerimanya. Jika Anda memberikan Surat Ijin ini untuk mendapatkan jaminan asuransi, Anda tidak akan memiliki hak untuk mencabut Surat Ijin ini di masa yang akan datang sejauh berkaitan dengan penanggung asuransi menurut hukum untuk mendapatkan klaim berdasarkan polis asuransi Anda. Jika Anda ingin mencabut Surat Ijin ini, mohon kirim permintaan tertulis Anda ke: Wentworth–Douglass Hospital, Kepada: **Medical Information Department, 789 Central Avenue, Dover, NH 03820.**
- Saya memahami bahwa jika Saya mengizinkan pemberitahuan informasi kesehatan dilindungi, penerima dapat mengungkapkan informasi ini lebih jauh, dan Undang-undang Federal mungkin tidak lagi dapat melindunginya.
- Saya mengerti bahwa Saya memiliki hak untuk memeriksa atau menerima salinan informasi yang Saya setuju untuk diumumkan sesuai kebijakan yang ditetapkan dari Wentworth Douglass- Hospital, dan entitas terkait.
- Surat Ijin ini akan secara otomatis berakhir **12 bulan setelah tanggal penandatanganan** kecuali hanya pada tanggal/kejadian di bawah ini  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama Cetak

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Pasien atau Wali Hukum/Wali  
(Hanya Menerima Tanda Tangan Tulisan Tangan)

\_\_\_\_\_  
Tanggal

Hubungan Perwalian atau Wewenang (*Lampirkan salinan dokumentasi pemberian wewenang*)

YANG BERKUASA: Formulir ini dibuat tunduk pada CFR 45 Pasal 164.508.

Salinan surat ijin ini harus diberikan kepada pasien.

**For Hospital Patient Transfer:**

Request Processed and Records Sent with Patient By: Staff Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For Medical information use only:**

Patient picked up       Mailed to Patient       Mailed to receiving entity       Other \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Completed By: Staff Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**A copy of this signed authorization has been included with the records provided to the patient.**

**For Designees / Patients picking up records only (signature will be obtained by Medical Information at time of pick up):**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

Wentworth-Douglass

HIPAA

**SURAT IJIN PENGUNGKAPAN INFORMASI  
KESEHATAN**



R10020

8402-03MR

Rev. 06/14/18