



Idhini ya Kushiriki Taarifa za Afya

Anwani ya Marejesho

1. Ninaomba _____ unisaidie kujaza fomu hii. _____
(Jina la mtu anayejaza fomu) (Saini ya mgonjwa/mwakilishi wake)
2. Mimi _____ naidhinisha DPH kuruhusu _____ kuambatana nami wakati wa miadi yangu _____, na ninaelewa kuwa taarifa za afya za siri zinaweza kujadiliwa wakati wa miadi hii.
3. Mimi _____ ninaidhinisha _____ kufichua taarifa za afya zifuatazo zinazolindwa kutoka kwenye rekodi za matibabu ya _____ kwa _____.

Jina la Mgonjwa

Tarehe ya Kuzaliwa

Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa. (Chagua "ZOTE" chini ya aina za huduma zinazojumuisha matokeo ya maabara ya aina hiyo ya huduma.)

Aina ya Huduma	Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa	Zote	Maalum	Aina ya Huduma	Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa	Zote	Maalum
Unywaji wa Pombe/Matumizi				Afya ya Akili			
Mabaya ya Mihadarati Mingine				Kutembelea Nyumbani Watoto			
watoto na vijana wenye mahitaji maalum ya afya (CYSHCN)				Waliozaliwa			
Uzazi wa Mpango				Ushirikiano wa Familia ya Wauguzi			
VVU/UKIMWI				Mgonjwa ya zinaa			
Afya ya Nyumbani				Kifua kikuu (TB)			
Chanjo				Virutubisho kwa Watoto na Wanawake (WIC)			
Uchunguzi/Vipimo vya Maabara				Mengine			

SITAKI habari zifuatazo kutolewa:

_____/_____. (Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa)

4. Madhumuni ya kutolewa kwa taarifa za afya: (Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa **moja**) _____ kuendelea kwa matibabu; au _____ nakala ya kibinafsi; au _____ kwa sababu ya kisheria; au Nyingine (Ingiza madhumuni ya kutolewa na ya awali) _____
5. Idhini hii inadumu hadi: (Herufi za kwanza za majina ya mgonjwa **moja**) _____ Mwaka mmoja kutoka leo; au _____ Hadi nitakaporuhusiwa kutoka kwenye mpango huu; au Nyingine (Mgonjwa ajaze tarehe maalum au tukio na herufi za kwanza za jina lake) _____ Ninaelewa kuwa nakala ya idhini hii inaweza kuchukuliwa kama nakala halisi.
6. Unaweza kushiriki taarifa yangu ya afya iliyolindwa kwa mtu au asasi iliyotajwa katika #3 hapo juu kwa njia zifuatazo:
 - a) Kwa faksi _____ (Herufi za kwanza za jina mgonjwa) Nambari ya Fax _____
 - b) Kwa barua pepe _____ (Herufi za kwanza za jina mgonjwa) Anwani ya barua pepe _____
 - c) Kwa barua _____ (Herufi za kwanza za jina mgonjwa) Anwani ya posta _____
 Ninaelewa kuwa siwezi kuhakikishiwa usiri wangu kwa kutuma maelezo yangu kwa njia hizi za mawasiliano.

7. _____
Saini e ya Mgonjwa au Mwakilishi wa Kibinafsi na _____ Tarehe _____
Shahidi - ikiwa TU mgonjwa hawezi kutia saini au aliweka alama ya "X" kama saini _____ Tarehe _____

(Jina la Mgonjwa kwa Herufi kubwa)

Uhusiano wa Mwakilishi wa Kibinafsi (ikiwa fomu imetiwa saini na mwakilishi wa kibinafsi)

Ninaelewa kuwa ninaweza kuomba kuona au kupokea nakala ya maelezo yangu kabla ya kushirikiwa. Ninaelewa kuwa maelezo yaliyofichuliwa kwa ombi langu yanaweza kufichuliwa upya na mtu anayepokea na hayawezi kulindwa tena na sheria za jimbo au taifa. Ninaelewa kuwa DPH inaweza isiweke masharti ya kupata matibabu, uandikishaji au ustahiki mafao ikiwa nitakataa kutia saini idhini hii; hata hivyo, ninaelewa kuwa huenda nisistahiki huduma kutoka kwa baadhi ya programu ikiwa nitakataa kuruhusu kutolewa kwa maelezo yanayohitajika kwa matibabu, malipo, kujiandikisha au kustahiki mafao.

Nakala ya fomu hii imepeanwa kwa Mgonjwa ☐ au Amekatazwa Nakala ☐ au Nakili Iliyotumwa kwa Mgonjwa ☐

8. Kubatilisha idhini hii: Ninaelewa kuwa ninaweza kubatilisha idhini hii wakati wowote kwa kutia saini hapa chini, isipokuwa wakati maelezo tayari yametolewa kwa kutegemea idhini hii au kupata mafao ya bima.

_____(Mgonjwa/mwakilishi aliyeidhinishwa) Tarehe: _____

_____(Shahidi: anahitajika ikiwa mgonjwa hawezi kutia saini au alitia alama ya "X" mahali pa saini) Tarehe: _____

(Patient label may be used here)

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Taarifa Imeyotolewa kwa:

1. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
2. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
3. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
4. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
5. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
6. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
7. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
8. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
9. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____
10. Jina: _____
Anwani: _____
Mji/Jimbo/Zip Kodi: _____
Mengine: _____

Taarifa Iliyotolewa/Saini/Tarehe:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

(Patient label may be used here)

Patient's Health Record Number: _____

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Maelekezo ya Kujaza Idhini ya Kutoa Taarifa za Afya 1623-SWA-DPH

Madhumuni: Fomu hii hutumiwa kupata idhini kutoka kwa mgonjwa, mzazi au mlezi wa kisheria ili kushiriki taarifa za afya kutoka kwa taasisi moja hadi nyingine. (kutoka DPH hadi asasi nyingine au kutoka asasi nyingine hadi DPH). Asasi nyingine inaweza kuhitaji tuitumie fomu yake ya idhini ili kutoa taarifa kutoka kwa rekodi zao.

Kumbuka: Taarifa za asasi ya nyingine (habari ambazo hazijazalishwa na DPH ambazo zimewekwa kwenye rekodi zetu) zitatolewa ikiwa mgonjwa atatuomba tuzitoe au ikiwa zinahitajika kwa ajili ya kuendelea na huduma kwa mgonjwa. Ikiwa taarifa za asasi ya nyingine zina ilani "si ya kutolewa upya", ni lazima zitolewe kutoka kwa asasi iliyozizalisha, si kutoka kwa DPH.

Maelekezo Kipengele Kimoja Kimoja:

1. Ikiwa mgonjwa ataomba usaidizi kwa kujaza fomu hii, weka jina la mtu anayemsaidia, na mgonjwa asaini hapa.
2. a) Andika jina la mgonjwa anayeomba kusindikizwa wakati wa ziara ya DPH.
b) Ingiza jina la mtu anayeandamana naye.
c) Weka tarehe ya ziara. Ikiwa hili ndilo pekee ambalo mgonjwa anaomba, basi nenda kwenye nambari 7.
3. a) Andika jina la mtu anayeidhinisha kutolewa kwa maelezo ya afya. (mgonjwa, mzazi au mlezi wa kisheria)
b) Andika maelezo ya asasi inayotoa (ikiwa DPH inatoa maelezo, weka DPH. Ikiwa asasi nyingine inatumia fomu hii kutoa maelezo yake kwa DPH, jina la asasi hiyo liandikwe hapa.)
c) Andika jina la mgonjwa ambaye taarifa za afya yake zinatolewa. Ikiwa hii ni sawa na jina lililowekwa katika 3a) hapo juu, "mimi mwenyewe" inaweza kuandikwa badala ya kuweka tena jina.
d) Weka asasi ambayo rekodi zinatolewa (ikiwa DPH inatoa maelezo, weka jina la asasi ambayo DPH inatoa maelezo. Ikiwa Asasi nyingine inatumia fomu hii kutoa maelezo ya afya kutoka kwa rekodi zao hadi DPH, weka DPH.)
e) Mgonjwa aweke herufi za jina lake kisanduku karibu na rekodi zitakazotolewa. Kwa kuchagua "zote" rekodi za eneo la programu zitajumuisha maabara za eneo hilo la programu. Iwapo ni sehemu tu ya rekodi ya eneo la programu itatolewa, orodhesha sehemu za rekodi zitakazotolewa na uwe na herufi ya kwanza ya mgonjwa. **Rekodi za Upangaji Uzazi za watoto hazipaswi kutolewa bila idhini ya mtoto huyo, isipokuwa amri halali ya mahakama itakapotolewa.** Taarifa za VVU au magonjwa ya zinaa haziwezi kutolewa bila mgonjwa kusaini eneo hilo la programu na kuangalia rekodi "zote" au kutoa maelezo chini ya sehemu "maalum".
Ikiwa toleo hili linatumia kutuma maelezo ya afya kwa zaidi ya asasi moja (inaporuhusiwa), andika "angalia upande wa nyuma wa fomu hii # 1-# X". (k.m. ikiwa maelezo yanatumwa kwa asasi 3 tofauti, weka "angalia upande wa nyuma wa fomu hii #1-#3".) **Taarifa zinazotolewa na madhumuni ya kutolewa lazima zifanane kwa kila asasi au vinginevyo idhini tofauti lazima zijazwe kwa kila asasi.**
f) Ikiwa mgonjwa hataki taarifa fulani itolewe, anaweza kubainisha hilo hapa na asaini.
g) Ikiwa idhini inaomba kutolewa kwa "maelezo ya matibabu ya kisaikolojia", haiwezi kuunganishwa na idhini nyingine yoyote ya kutoa maelezo ya afya. (ruhusa za kutoa maelezo ya matibabu ya kisaikolojia lazima zitenganishwe na nyingine zote.)
4. Kusudi la kutolewa kwa taarifa- mgonjwa aandike herufi za jina lake kwenye madhumuni ya kutolewa kwa taarifa ya afya. (kwa matibabu ya kuendelea, malipo, nakala ya kibinafsi, nk.) Weka kusudi MOJA TU kwa kila fomu.
5. Idhini inatumika hadi- Andika tarehe mahususi au tukio mahususi mgonjwa anataka idhini hiyo kukoma. (mfano wa tukio utakuwa "mpaka kuruhusiwa kutoka kwa programu") Ikiwa ni tarehe itawekwa, **tarehe hiyo haipaswi kuzidi mwaka mmoja.** Ikiwa ni tukio limeandikwa, hii **inaweza kuzidi mwaka mmoja.**
6. Kushiiki taarifa zinazolindwa (PHI).
a) mgonjwa anaandika herufi za kwanza za jina lake hapa ili kuidhinisha DPH kutuma PHI kwa faksi kwa asasi iliyotajwa kwenye fomu hii. andika nambari ya faksi, ikiwa inajulikana.
b) mgonjwa anaandika herufi za kwanza za jina lake hapa ili kuidhinisha DPH kutumia mawasiliano ya barua pepe. Weka barua pepe, ikiwa inajulikana.
c) mgonjwa anaandika herufi za kwanza za jina lak hapa ili kuidhinisha DPH kutuma PHI kutumia barua kwenda kwa asasi iliyotajwa kwenye fomu hii. Ingiza anwani posta.
7. Saini/Tarehe: Mgonjwa, mlezi wa kisheria au mwakilishi wa kibinafsi anatia saini hapa na kuweka tarehe ambayo fomu imejazwa. Shahidi/Tarehe: shahidi anatia saini na tarehe hapa ikiwa **TU mgonjwa/mwakilishi binafsi hawezi kutia saini au amesaini kutumia alama "X"**. Jina kwa herufi kubwa: Andika jina la mgonjwa/mwakilishi binafsi anayetia saini kwenye fomu. Uhusiano wa Mwakilishi wa Kibinafsi: ikiwa mtu mwingine isipokuwa mgonjwa atatia saini fomu, andika uhusiano wa mtu huyo na mgonjwa.
Mgonjwa atapewa nakala ya 1623-SWA-DPH iliyojazwa. Ikiwa nakala itatolewa kwa mgonjwa, mfanyakazi wa DPH arekodi kuwa nakala ilitolewa. Ikiwa nakala ilikataliwa na mgonjwa, mfanyakazi wa DPH arekodi kwamba nakala ilikataliwa. Mgonjwa akiomba kutumiwa nakala, mfanyakazi wa DPH arekodi kwamba nakala ilitumwa, kisha atume nakala kwa mgonjwa.

HIPAA inahitaji kwamba tumpe mgonjwa fursa kukagua au kupata nakala ya maelezo yake ya afya yanayolindwa kabla ya ufichuzi wake. HIPAA inahitaji kwamba tumjulishe mgonjwa kwamba pindi tu tunapotoa maelezo kwa asasi nyingine, yanaweza kufichuliwa tena na mpokeaji na hayawezi kulindwa tena na sheria za jimbo au za taifa. (asasi inayopokea maelezo inaweza kuwa "haidhibitiwi" na HIPAA na kwa hivyo, haitadhibitiwa na sheria za faragha za HIPAA.)

HIPAA inahitaji kwamba tumjulishe mgonjwa kwamba akikataa kutia saina idhini ya kutoa taaarifa, hatuwezi kumkataza matibabu, malipo, kujiandikisha au kustahiki kwa mafao; na hii haitatuzuia kumpa mgonjwa matibabu wala kupokea malipo ya huduma zinazotolewa. Jina la asasi inayotoa taarifa huandikwa katika nafasi ya kwanza. Baadhi ya programu za DPH hutuhitaji kutoa maelezo yanayohitajika kwa matibabu, malipo, kujiandikisha au kustahiki kwa manufaa kabla ya kumsajili mgonjwa katika mpango. Katika hali hizo, andika jina la programu hapa.

8. Kubatilisha uidhinishaji huu- ikiwa mgonjwa anataka kubatilisha idhini hii, anaweza kufanya hivyo wakati wowote kwa kutia saina na tarehe ya **idhini ya awali** hapa. Idhini huwa batili tarehe iliyosainiwa na mgonjwa. Saina ya shahidi inahitajika **ikiwa TU mgonjwa hawezi kutia saina au alitia saina kwa alama "X"**. Tarehe ambayo shahidi alisaina huandikwa hapa.
9. Nambari ya rekodi ya afya ya mgonjwa, jina na tarehe ya kuzaliwa huandikwa kwenye kona ya chini kulia. Lebo ya mgonjwa inaweza kutumika badala yake, ikipendelewa.

UKURASA WA PILI wa Fomu:

1. Katika nafasi ya kwanza, andika jina/anwani/mji/jimbo/msimbo wa posta ambao taarifa inatumwa kwa njia ya posta. Ikiwa habari nyingine inahitajika, andika hiyo kando ya "nyingine". Ikiwa ni ya kutumwa kwa asasi moja na maelezo yametolewa kwenye ukurasa wa kwanza, basi mfanyakazi wa DPH anaweza kurejelea maelezo hayo badala ya kuyaandika tena.
2. Katika nafasi ya pili, andika habari iliyotolewa, saina ya mtu anayetoa habari hiyo na tarehe ambayo habari hiyo ilitolewa.

Office Mechanics and Filing:

This form should be filed in the comprehensive health record according to the Health Record Format located in the Health Record Policy Manual. The comprehensive health record retention schedule applies.

Ikiwa kuna maswali kuhusu jinsi ya kujaza au kutumia fomu hii, tafadhali wasiliana na Afisa wa Faragha wa DPH au Ofisi ya Sheria ya DPH.