

Bemorning ismi _____ Tug'ilgan kuni _____	
Manzil _____	
Shahar/shtat/Poçta _____	
Bemorning uy telefoni # _____	
So'rov sanasi: _____ Kerakli sana: _____	
Mt. _____	ÿ Men Mt. Carmel, Inc. pediatriya assotsiatsiyalariga ruxsat beraman. <u>ma'lumot olish</u> uchun :
Ism _____	Ism _____
Manzil _____	Manzil _____
Shahar/shtat/zip _____	Shahar/shtat/zip _____
Telefon#/Faks# (hudud kodini o'z ichiga oladi) _____	Telefon#/Faks# (hudud kodini o'z ichiga oladi) _____

BU SO'ROVNING MAQSADI: ÿ Sog'liqni saqlash ÿ Shaxsiy ÿ Advokat ÿ Boshqalar _____

YOZILGAN SO'ROVLAR TURI: (FAQAT BITTANI TEKSHIRING) ***ILTIMOS O'LING FAKS TIBBIY YOZILMALARI***

ÿ Barcha tibbiy yozuvlar

ÿ Emlash yozuvlari, Oxirgi jismoniy tekshiruv, Dorilar ro'yxati

ÿ Boshqalar, ko'rsating * _____ * To'lovlar olinishi mumkin.

Tibbiy yozuvlar xodimi, agar kerak bo'lsa, to'lov miqdori bilan qo'ng'iroq qiladi

DIQQAT: BUNGA BOSHQA SOG'LIQNI QO'LLAB QUVVATLAYORLARDAN OLIB ETILGAN YOZILMALAR KO'RMADI. BU YOZILMALARNING NUSHASINI OLISH UCHUN BOSHQA TIBBIYOT KO'RSATMACHILAR BILAN MUHOJALANING.

AVTORIZASYON MUMKIN: (birini belgilang)

ÿ Faqat bu so'rov

ÿ Ushbu ruxsatnoma olingan kundan boshlab bir yil yoki _____, (sana kiriting) Ushbu ruxsatnoma ushbu ruxsatnoma sanasida yoki undan oldin olingan davolanish to'g'risidagi yozuvlar.

<p>Men buni tushunaman:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mening tibbiy yordamga bo'lgan huquqim ruxsat berish bilan bog'liq emas• Istalgan vaqtda ushbu shaklning yuqori qismida ko'rsatilgan manzilga yoзма so'rov yuborish orqali ushbu ruxsatni bekor qilishim mumkin, bundan tashqari agar mening oldindan ruxsatim asosida oshkor qilingan bo'lsa.• Men xodimlarni va maslahatchilarni ma'lumotlarning ruxsat etilgan tarzda e'lon qilinishidan kelib chiqadigan barcha qonuniy javobgarlikdan yoki javobgarlikdan ozod qilaman.• Agar ushbu ma'lumotni olgan shaxs yoki muassasa maxfiylik qoidalariga bilan qamrab olingan sog'liqni saqlash yoki tibbiy sug'urta provayderi bo'lmasa, haqida ko'rsatilgan ma'lumotlar qayta oshkor eilishi mumkin.• Ushbu ruxsatnoma OIV testi yoki OITSni davolash, OITS bilan bog'liq holatlar, dori vositalariga oid ma'lumotlarni chiqarishni o'z ichiga oladi. yoki spirtli ichimliklarni suiste/mol qilish, glyohvand moddalar bilan bog'liq holatlar, alkogolizm va/yoki psixiatrik yoki psixologik holatlar.• So'raigan tibbiy yozuvlar uchun haq olinishi mumkin.• 18 yosh va undan katta yoshdagi har qanday bemor ushbu nashrni imzolashi kerak. Farzandingiz 18 yoshga to'lganidan keyin ota-ona/vasiy imzo cheka olmaydi.

Bemor yoki vakilning imzosi _____ Sana _____

Bemorga munosabat (agar so'rovchi bemor bo'lmasa) _____

Agar PAMCdan tashqariga o'tayotgan bo'lsangiz, iltimos, ketish sababini ko'rsating _____