



**PERSETUJUAN UNTUK MEMBUKA INFORMASI
KESEHATAN RAHASIA ATAU PRIVAT**

Mohon semua informasi dicetak dengan jelas agar permintaan Anda dapat diproses tepat waktu.

A. INFORMASI PASIEN

NAMA PASIEN: _____ **TANGGAL LAHIR PASIEN:** _____

REKAM MEDIS PASIEN #: _____

ALAMAT PASIEN: JALAN: _____ **APT. #:** _____

KOTA: _____ **NEGARA:** _____ **KODE POS:** _____

KONTAK TELEPON #: SIANG: () _____ **MALAM: ()** _____

B. IZIN MEMBAGIKAN: Saya mengizinkan informasi kesehatan rahasia saya dibagikan. Isi dengan sumber dikirimkannya informasi tersebut, dan kepada siapa Anda menginginkan informasi itu dikirimkan.

DARI: (mis. nama rumah sakit, klinik, atau penyedia layanan kesehatan):

Nama: _____

Alamat: _____

Nomor Telepon: _____

MAKSUD: (centang kotak yang sesuai):

- Perlindungan Kesehatan Pribadi*
 Asuransi* Sekolah
 Persoalan Hukum* Lainnya (harap sebutkan)*

* Dapat dikenakan ongkos penggandaan formulir

KEPADA: (yaitu pihak penerima yang Anda menginginkan informasi dikirim):

- Centang di sini jika rekam medis dikirimkan ke pasien dengan alamat di atas (bagian A), jika tidak, isilah di bawah ini dengan informasi alamat tujuan dikirimkannya informasi tersebut:

Nama: _____

Alamat: _____

Nomor Telepon: _____

DIKIRIM LEWAT:

- Partners Patient Gateway (jika ada)
 Email Dienkripsi (*berikan alamat email di bawah*)
 Alamat Email Pasien: _____
 Surat Pos Tercatat
 Faks (*berikan nomor faks*): _____

C. INFORMASI YANG AKAN DIBUKA (Harap centang semua yang berlaku, dan tentukan tanggal):

Abstraksi Rekam Medis/tanggal: _____
 (mis. Riwayat & Fisik, Laporan Operasi, Konsultasi, Laporan Tes, Ringkasan Pulang)

Catatan Kunj. Klinik/tanggal: _____

Ringkasan Pulang/tanggal: _____

Laporan Lab/tanggal: _____

Laporan Operasi/tanggal: _____

Laporan Patologi/tanggal: _____

Laporan Radiasi/tanggal: _____

Laporan Radiologi/tanggal: _____

Foto/tanggal (dapat dikenakan biaya): _____

Catatan Tagihan/tanggal: _____

Lainnya (*harap sebutkan di bawah dan sertakan tanggal*): _____



**PERSETUJUAN UNTUK MEMBUKA INFORMASI
KESEHATAN RAHASIA ATAU PRIVAT**

D. Harap centang YA untuk menegaskan Anda mengizinkan dibukanya informasi berikut jika ada di dalam rekam medis Anda:

- Ya **Hasil tes HIV** (DIPERLUKAN PERSETUJUAN DARI PASIEN UNTUK SETIAP PERMINTAAN MEMBUKA INFORMASI.)
TANGGAL: _____
- Ya **Hasil tes Identifikasi Genetik (SEBUTKAN JENIS TES):** _____
- Ya **Catatan Penyalahgunaan Alkohol dan Obat-obatan** Dilindungi oleh Peraturan Kerahasiaan Federal 42 CFR Bagian 2 (PERATURAN FEDERAL MELARANG INFORMASI INI DIBUKA LEBIH LANJUT KECUALI BAHWA DIBUKANYA INFORMASI TERSEBUT DIPERBOLEHKAN DENGAN PERSETUJUAN TERTULIS DARI ORANG YANG BERSANGKUTAN ATAU DIPERBOLEHKAN OLEH 42 CFR BAGIAN 2.) Persetujuan ini dapat dibatalkan dengan permintaan lisan atau tertulis.
- Ya **Lain-lain:** Cantumkan: _____
- Ya Rincian Diagnosis dan/atau Perawatan Kesehatan Jiwa yang diberikan oleh Psikiater, Psikolog, Spesialis Perawat Klinis Kesehatan Jiwa, atau Dokter Kesehatan Jiwa Berlisensi (LMHC) (saya memahami bahwa izin saya mungkin tidak diperlukan untuk membuka catatan kesehatan jiwa saya untuk keperluan pembayaran)
- Ya Komunikasi Rahasia dengan Pekerja Sosial Berlisensi
- Ya Rincian Konseling Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)
- Ya Rincian Konseling Kekerasan Seksual

E. Saya mengerti dan setuju bahwa:

- Partners HealthCare System (PHS) tidak mampu mengontrol pihak penerima dalam hal menggunakan dan membagikan informasi ini, dan bahwa hukum yang melindungi kerahasiaannya di PHS mungkin atau mungkin tidak melindungi informasi ini begitu telah dibuka kepada pihak penerima
- Persetujuan ini bersifat sukarela
- Perawatan, pembayaran, pengikutan di dalam rencana paket kesehatan, atau kelayakan saya mendapat manfaatnya tidak akan terpengaruhi jika saya tidak menandatangani formulir ini
- Saya dapat membatalkan persetujuan ini sewaktu-waktu dengan mengajukan permintaan tertulis kepada Departemen atau kantor tempat saya menyerahkan persetujuan saya itu sebelumnya, kecuali:
 - jika PHS sudah meyakini kebenarannya (misalnya, begitu informasi dibuka, tidak dapat ditarik kembali)
 - jika saya menandatangani persetujuan ini sebagai syarat untuk mendapatkan asuransi, maka hukum lainnya dapat memberikan kepada perusahaan asuransi hak keberatan berdasarkan polis atau terhadap polis itu sendiri
- Persetujuan ini akan otomatis berakhir **6 bulan sejak tanggal ditandatangani** kecuali ditentukan berbeda:
- Saya mengerti bahwa jika Partners menyimpan catatan saya dari penyedia dari luar, catatan tersebut tidak akan dibuka kecuali saya sendiri yang khusus memintanya berdasarkan "Lainnya" di bagian C. Harap sertakan nama entitas, penyedia, dan tanggal spesifik jika diketahui.
- Pertanyaan mengenai formulir persetujuan ini telah dijawab

➤ **Tanda Tangan Pasien:** _____ ➤ **Tanggal:** _____

➤ **Nama Cetak:** _____

Jika pasien seorang anak kecil, atau tidak kompeten dalam memberikan persetujuan, maka diperlukan tanda tangan dari orangtua, wali, atau pihak perwakilan lainnya yang sesuai hukum.

➤ **Tanda Tangan Pihak Perwakilan Hukum:** _____ **Tanggal:** _____

Nama Cetak: _____ **Hubungan pihak perwakilan dengan pasien:** _____

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: _____ Date: _____

Clinic/Office: _____

Pick-up Identification:

License State ID Passport Other Photo ID _____