

6792 0are Cent

NYU Langone Hospital Long Island	NYU Langone Hospital Long Island HIM Department fizikisht: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola NY 11501 me postë: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opsioni 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34th Street NY, NY 10016	212-731-6180

NYU Langone Hospital Ú² DP...→¶ÛÙ°»â³Ù'm °Õôx:-Ü<—d&³K_ú O|Ž•ÿ|ÎR_©LÍ.' É mÓ 'ž «'5.©QÉ•:fï,u*ùç\$6õ*1ÑS•²9 a' æKýçi-ÉÓ



--	--	--

NYU Langone Health
 NYU Langone Hospitals
 Family Health Centers @NYU Langone
 NYU Grossman School of Medicine
 Long Island Community Hospital @NYU Langone Health
**AUTORIZIM PËR PËRDORIMIN DHE ZBULIMIN E INFORMACIONIT TË
 MBROJTUR SHËNDETËSOR (PHI)**

Emri i pacientit	Datëlindja e pacientit	Numri i telefonit
Adresa e pacientit		

Unë, ose përfaqësuesi im i autorizuar, kërkojmë që informacioni shëndetësor në lidhje me trajtimin dhe kujdesin shëndetësor të jepet siç parashikohet në këtë formular. Unë e kuptoj se:

- Informacioni në lidhje me TRAJTIMIN NDAJ ALKOOLIT /DROGËS, TRAJTIMIN E SHËNDETIT MENDOR, ANALIZAT GJENETIKE dhe/ose INFORMACIONI KONFIDENCIAL NË LIDHJE ME HIV -in nuk do të ndahen me të tjerë nëse nuk kam dhënë leje në mënyrë specifike. Duke vendosur inicialet e mia më poshtë, autorizoj në mënyrë specifike që ky informacion t'u jepet personave të cilësuar në këtë formular.

Informacioni për trajtimin e problemeve me alkoolin ose drogën (që janë nënën nga programet e trajtimit të alkoolit/drogës)

Informacioni për trajtimin e shëndetit mendor dhe shëndetit mendor (siç përfshihet në 42 CFR 171.16, 45 CFR 112.11, dhe 48 CFR 101-11.6) dhe informacioni për trajtimin e shëndetit mendor dhe shëndetit mendor (siç përfshihet në 42 CFR 171.16, 45 CFR 112.11, dhe 48 CFR 101-11.6)

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

Qëllimi për dhënien e informacionit

Me kërkesën time Vazhdimësia e kujdesit

Tjetër (lutemi të shpjegoni, duke përfshirë nëse shërben për dobi ose program të qeverisë): _____

Personi që merr këtë informacion:

Unë Tjetër (emri; nevojitet dokumentidentifikimi për tërheqjen): _____

Forma/Formati (mund të aplikohen tarifa; do të përlogaritet një vlerë para lëshimit)

Letër postare për: _____

Tërheqje, letër MyChart (disponohet për t'u shkarkuar për 60 ditë)

Faks(numri): _____ CD/DVD USB

Email i sigurt (disponohet për t'u hapur/shkarkuar për 30 ditë): _____

Tjetër: _____

Përshkrimi i informacionit që do të jepet:

Të dhënat e plota mjekësore nga ofruesi i kujdesit shëndetësor/subjekt98-11 (/)-2pubj98-11fs98-11ku (g)1