

**UMASS MEMORIAL HEALTH**  
**AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (ALBANIAN)**  
**AUTORIZIM PËR ZBULIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR TË MBROJTUR**

Faqja 1 nga 2

**JU LUTEM ZGJIDHNI TË GJITHA ORGANIZATAT QË JANË TË APLIKUESHME**

- |                                                         |                                                          |                                                            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Community Healthlink           | <input type="checkbox"/> HealthAlliance-Clinton Hospital | <input type="checkbox"/> Milford Regional Medical          |
| <input type="checkbox"/> UMass Memorial Medical Group   | <input type="checkbox"/> Harrington Hospital             | <input type="checkbox"/> Milford Regional Provider Group / |
| <input type="checkbox"/> UMass Memorial Medical Group / | <input type="checkbox"/> Harrington Physicians /         | Location: _____                                            |
| Location: _____                                         | Location: _____                                          |                                                            |

Ju lutemi printoni të gjithë informacionin në mënyrë të qartë në mënyrë që kërkesa juaj të procesohet në kohën e duhur.

**INFORMACION PËR PACIENTIN**

Emri i Pacientit: \_\_\_\_\_

Data e Lindjes: \_\_\_\_\_ Rekord Mjekësor #: \_\_\_\_\_

Adresa e Rugës: \_\_\_\_\_ P.O. Box / Apt. # / Suita #: \_\_\_\_\_

Qyteti: \_\_\_\_\_ Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi Postar: \_\_\_\_\_

Telefon i Preferuar #: \_\_\_\_\_

**Unë me anë të kësaj autorizoj subjektin e përzgjedhur më sipër, punonjësit e tij dhe/ose agjentët e tij, që të (Zgjidhni të PAKTËN NJË):**

- ☐ Shënoni këtu për të lejuar transferimin e rekordeve mjekësore vetes tuaj.
- ☐ **Lejoni** transferimin e informacionit nga kartela mjekësore e pacientit të përmendur më lart **tek** marrësi i specifikuar më poshtë.
- ☐ **Kërkoni & Merrni** informacion nga organizata, departamenti ose individ i specifikuar më poshtë.
- ☐ Shënoni këtu për të lëshuar rekordet mjekësore në adresën e pacientit listuar më sipër ose jepni një adresë tjetër më poshtë:

Emri: \_\_\_\_\_

Adresa e Rugës: \_\_\_\_\_ P.O. Box / Apt. # / Suita #: \_\_\_\_\_

Qyteti: \_\_\_\_\_ Shteti: \_\_\_\_\_ Kodi Postar: \_\_\_\_\_

Telefon #: \_\_\_\_\_

**QËLLIMI I LËSHIMIT TË KËTJË INFORMACIONI ËSHTË PËR:**

- |                                                                |                                               |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avokat/ Çështje Legale                | <input type="checkbox"/> Kujdes i Vazhdueshëm |
| <input type="checkbox"/> Kërkesë Paftësi/ Aplikatë Siguracioni | <input type="checkbox"/> Përdorim Personal    |
| <input type="checkbox"/> Para-punësim                          |                                               |
- ☐ **TJETËR (specifiklo):** \_\_\_\_\_

**JU LUTEM PLOTËSONI INFORMACIONIN MË POSHTË (Zgjidhni një):**

**Vizita(at) Individuale**

Data(t) Nga: \_\_\_\_\_ Deri: \_\_\_\_\_

- ☐ **Përmbledhje të Konsultës.** Përfshin elementët kryesorë të një date(ash) specifike vizite, duke përfshirë: raportet, testimin diagnostikues (laboratorët, radiografitë, Elektrokardiogram-at (EKG), testimet e funksionit pulmonar (PFT), listën e barnave të verifikuar, alergjitë dhe raportet e transkriptuara të mjekut). Një përmbledhje përmban informacionin më të zakonshëm të kërkuar dhe është më pak i kushtueshëm.
- ☐ **Konsulta të Plotë.** Përfshin secilin dhe të gjithë dokumentacionin që lidhet me një datë(at) e një vizite specifike. **Ju lutemi përfshini datën e shërbimit.**

**Shërbime Specifike.** Nëse dëshironi të merrni VETËM kopje të shërbimeve specifike, ju lutemi shënoni VETËM llojin(et) e raportit që po kërkonti dhe jepni datën/periudhën (kur u kryen shërbimet) në linjën më poshtë.

Data(t) Nga: \_\_\_\_\_ Deri: \_\_\_\_\_

- |                                                                 |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Konsulta                               | <input type="checkbox"/> Raport(et) e Patologjisë                                             |
| <input type="checkbox"/> Përmbledhje të Daljes nga Spitali      | <input type="checkbox"/> Raport(et) e Radiologjisë                                            |
| <input type="checkbox"/> Rekordet e Shërbimeve të Emergjencës   | <input type="checkbox"/> Imazhet e Radiologjisë                                               |
| <input type="checkbox"/> Rekordet e Imunizimeve                 | <input type="checkbox"/> Rehabilitimi: Terapi Fizike, Terapi Funksionale, Terapi e të Folurit |
| <input type="checkbox"/> Raportet e Laboratorit (analiza gjaku) | <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiklo): _____                                           |
| <input type="checkbox"/> Shënimet e Zyrës/Klinikës për _____    | <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiklo): _____                                           |
| <input type="checkbox"/> Raporti(et) Operative/Procedurës       | <input type="checkbox"/> Tjetër (specifiklo): _____                                           |

**MBROJTUR NËN LIGJIN SHETETËROR APO FEDERAL**

Unë e kuptoj se kartela ime shëndetësore mund të përfshijë informacion në lidhje me shëndetin tim mendor, çrregullimin e përdorimit të alkoolit/substancave, dhunën seksuale, sëmundjet e transmetueshme seksualisht, abortin, testet gjenetike, HIV/SIDA, dhunën në familje ose informacion tjetër që unë mund t'a konsideroj informacion delikat. **Ju duhet të shënoni kutinë pranë llojit të përmbajtjes të specifikuar më poshtë ose shënoni që informacioni NUK do të lëshohet.**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aborti - Format e Miratimit, Urdhërat e Gjykatës                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Rezultatet e Ekzaminimeve Gjenetike | <input type="checkbox"/> Këshillim për Dhunën Seksuale          |
| <input type="checkbox"/> Këshillim për Dhunën në Familje                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Rezultatet e Testeve për HIV/SIDA   | <input type="checkbox"/> Sëmundjet e Transmetueshme Seksualisht |
| <input type="checkbox"/> Komunikimi i Diagnozës të Shëndetit Mendor dhe/ose Trajtitimit i Ofruar nga një Psikolog, Psikiatër, Infermier/e Klinik të Shëndetit Mendor me Gradë të Avancuar, Këshilltar/e i/e Licencuar i Shëndetit Mendor dhe Punonjës/e Social/e i/e Licencuar |                                                              |                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Trajtimi i Çrregullimit të Përdorimit të Alkoolit/Substancave                                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                 |

**Ju Lutemi, Vazhdoni në Anën e Kundërt**

**UMASS MEMORIAL HEALTH**  
**AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (ALBANIAN)**  
**AUTORIZIM PËR ZBULIMIN E INFORMACIONIT SHËNDETËSOR TË MBROJTUR**

Faqja 2 nga 2

**UNE E KUPTOJ QË:**

- Ky autorizim është vullnetar. Unë nuk kam nevojë të nënshkruaj këtë autorizim për të siguruar trajtim, përveç nëse qëllimi i vetëm i trajtimit është t'i ofroj informacion një pale të tretë (shembull: ekzaminim fizik për punësim).
- Sipas Njoftimit të Përbashkët të Praktikave të Informacionit, unë kam të drejtë të inspektoj ose të kërkoj kopje të rekordeve të mia mjekësore. Duhet të merren masa për të inspektuar kartelën time mjekësore në vend; ju lutemi kontaktoni Departamentin e Menaxhimit të Informacionit Shëndetësor (informacioni më poshtë).
- Çdo zbulim informacioni mbart potencialin për rizbulim të paautorizuar. Unë ciroj UMass Memorial Health Care dhe subjektet e saj nga çdo përgjegjësi ligjore që mund të lindë nga zbulimi ose ri-zbulimi i këtij informacioni.
- Unë kam të drejtë ta revokoj këtë autorizim në çdo kohë duke paraqitur një kërkesë me shkrim tek Departamenti i Menaxhimit të Informacionit Shëndetësor në adresën e mëposhtme. Revokimi nuk do të aplikohet për informacionin që është komunikuar tashmë në përgjigje të këtij autorizimi. Revokimi nuk do të aplikohet për kompaninë time të sigurimit shëndetësor kur ligji i siguron siguruesit tim të drejtën për të kundërshtuar një kërkesë për pagesë sipas planit tim të sigurimit.
- Rekordet e mia për çrregullimet e përdorimit të alkoolit/substancave mund të mbrohen nën rregulloret Federale që rregullojnë Konfidencialitetin e Rekordeve të Pacientëve për Abuzimin e Alkoolit dhe Drogës, Titulli 42 i Kodit të Rregullores Federale (CFR për akronimin në Anglisht) Pjesa 2, dhe nuk mund të zbulohen pa miratimin tim me shkrim, përveç nëse parashikohet ndryshe në rregulloret. Unë gjithashtu e kuptoj se mund ta revokoj këtë miratim në çdo kohë, me përjashtim të shtrirjes së veprimeve që janë ndërmarrë në vartësi të tij, dhe se në çdo rast ky miratim skadon siç specifikohet në seksionin "Skadimi i Autorizimit" të formularit më poshtë. (Nëse nuk e dini nëse kjo vlen për rekordet tuaja, ju lutemi kontaktoni zyrën e ofruesit tuaj të kujdesit mjekësor ose Linjën Telefonike të Privatësisë në 508-334-5551.)

**SKADIMI I AUTORIZIMIT:**

Nëse përndryshe është revokuar, ky autorizim do të skadojë në datën, rrethanat apo kushtet vijuese: \_\_\_\_\_.

Nëse unë nuk specifikoj një datë skadimi, rrethana apo kushte, ky autorizim do të jetë i vlefshëm për jo më shumë se nëntëdhjetë (90) ditë nga data e nënshkrimit më poshtë, përveç rasteve kur rregulloret Federale dhe/ose Shtetërore specifikojnë ndryshe. Në situata të tilla, do të zbatohet perioda më e shkurtër kohore.

**Formati i Kërkuar për Marrjen e Rekordeve Mjekësore**  
**Kopjet përgjithësisht të disponueshme brenda 10 ditëve pune në varësi të rekordeve të kërkuara.**

**ZGJIDHNI NJË OPSION MË POSHTË:**

| Marrje në Person                                                                                                                                    | POSTA                                                                                                                                                                                              | PORTALI I PACIENTIT                                                                                        | FAKS                                                             | Posta Elektronike (Email)                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopje Letre<br><input type="checkbox"/> Dosje Dixhitale<br><input type="checkbox"/> Disk Kompakt<br><br>Vendndodhja: _____ | <input type="checkbox"/> Kopje Letre<br><input type="checkbox"/> Dosje Dixhitale<br><input type="checkbox"/> Disk Kompakt<br><br>*Mbi 100 faqe do të konvertohen në Dosje Dixhitale (Flash Drive)* | <input type="checkbox"/> Kur janë në dispozicion dhe vetëm nëse pacienti ka aktivizuar llogarinë e tij/saj | <input type="checkbox"/><br><br>Faks: _____<br><br>50 faqe limit | <input type="checkbox"/><br><br>Adresa e Email-it: _____ |

**TARIFA e KOPJIMIT:** Në bazë të HIPAA 45 CFR, 164.524, ne rezervojmë të drejtën për të ngarkuar një tarifë të arsyeshme të bazuar në kosto për prodhimin dhe postimin e kopjeve. Në asnjë moment tarifat e bazuara në kosto nuk do të tejkalojnë ato të parashikuara në ligjin e Massachusetts (MGL Kapitulli 111; Seksioni 70).

**\*Nëse dëshironi që dikush tjetër përveç jush (pacientit) të marrë kartelën tuaj mjekësore, ju lutemi jepni emrin e tyre dhe marrëdhënien me ta:**

Emri: \_\_\_\_\_ Marrëdhënia: \_\_\_\_\_

**\*\*Një Dokument Identifikimi me Foto kërkohet Kur Merren Kopjet e Rekordeve Mjekësore\*\***

**Unë i kam plotësuar të gjithë seksionet e këtij formulari. Kam lexuar dhe kuptuar deklaratat e mësipërme dhe autorizoj zbulimin e informacionit të kërkuar në anën e pasme të këtij formulari.**

|                                                      |                         |      |
|------------------------------------------------------|-------------------------|------|
| Nënshkrimi i Pacientit/Prindit/Përfaqësuesit Ligjor* | Emri me Shkronja Shtypi | Data |
| Marrëdhënia e Nënshkruesit me Pacientin: _____       |                         |      |

**\*Nëse nënshkruani si përfaqësues ligjor, siguroni gjithashtu dokumentet e duhura për të mbështetur statusin.**

**Për pyetje, ju lutemi kontaktoni institucionin e duhur më poshtë ose praktikën mjekësore ku merrni kujdes shëndetësor.**

**UMass Memorial-Community Healthlink**  
C/O Community Healthlink  
67 Millbrook Street  
Worcester, MA 01606  
Tele 508-860-1016  
Fax 508-752-1379

**UMass Memorial Health**  
C/O Health Information Management  
67 Millbrook Street, Suite 200  
Worcester, MA 01606  
Tel 508-334-5700 opt. 1  
Fax 508-334-9717

**\*\* Një kopje e autorizimit të kompletuar duhet t'i jepet pacientit.\*\***