



School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

የጥርስ ጤና መረጃ የመልቀቅ ፈቃድ

በUniversity of Colorado School of Dental Medicine (ዩኒቨርሲቲ ኦፍ ኮሎራዶ የጥርስ ሕክምና ትምህርት ቤት) የጥርስ ጤና መረጃዎችን ቅጂዎች በታካሚው ሲጠየቁ እና ሲከፈልባቸው ያቀርባል። መረጃዎቹ የሚቀርቡት በሚከተለው መሰረት ነው፡-

- ጥያቄዎች በታካሚው መፈረም እና ቀናቸው መመልከት አለበት። ይህን ቅጽ መጠቀም ግዴታ አይደለም፤ ነገር ግን ጥያቄዎችን ለማስተናገድ አመቺ ያደርገዋል።
ቅጾች ለሚከተለው አድራሻ በኢሜይል መላክ አለባቸው፡- SDMRecords@ucdenver.edu፤ ወይምም በሚከተለው አድራሻ በፖስታ ይላኩ፡-
CU School of Dental Medicine-13065 East 17th Avenue, Aurora, CO 80045-c/o Patient Records Department
- ተፈጻሚነት ያላቸው ክፍያዎች ከመስተናገድዎ በፊት መክፈል አለባቸው
- የተሞሉ ጥያቄዎች እና ተፈጻሚነት ያላቸው ክፍያዎች ከተጠናቀቁ በኋላ ጥያቄዎቹን ለመስተናገድ እስከ 7 ቀናት ሊወስድ ይችላል።
- በሚወስዱ ጊዜ አንድ አይነት መታወቂያ ይጠየቃሉ። ከታካሚው ሌላ መረጃውን የሚወስድ ከሆነ፤ ሰውየው ማን እንደሆነ የሚያመለክት በታካሚው የተፈረመ የጽሁፍ መግለጫ መቅረብ አለበት።

የታካሚ ስም፡- _____ የልደት ቀን _____
 መረጃዎቹ ወደ የት መላክ እንዳለባቸው የሚያመልክት መረጃ (የዶክተር ስም፣ ሆስፒታል፣ ሰው፣ ኤጀንሲ፣ ወይም ድርጅት)
 ስም፡- _____ ስልክ ቁጥር _____
 አድራሻ፡- _____
 ኢሜይል (ለዲጂታል መረጃዎች)፡- _____

መረጃው የተፈለገበት ምክንያት፡-

የያዥ ቅያሪ ሁለተኛ አስተያየት ሌላ (ይገለጽ) _____

የተጠየቀው መረጃ ክፍያ
 (ለ University of Colorado School of Dental Medicine (ለዩኒቨርሲቲ ኦፍ ኮሎራዶ የጥርስ ሕክምና ትምህርት ቤት) እንዲከፈሉ የታዘዙ ቼኮች)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> የሕክምና ሂደት ማስታወሻዎች | <input type="checkbox"/> \$0.00 ለዲጂታል | <input type="checkbox"/> \$10.00 ለህትመት |
| <input type="checkbox"/> የቅርብ ጊዜ የሕክምና ዕቅድ | <input type="checkbox"/> \$0.00 ለዲጂታል | <input type="checkbox"/> \$10.00 ለህትመት |
| <input type="checkbox"/> ሁሉም የአሁን ጊዜ ራጆች | <input type="checkbox"/> \$0.00 ለዲጂታል | <input type="checkbox"/> \$20.00 ለህትመት |
| <input type="checkbox"/> Cone BEAM CT (ኮን ቢም ሲቲ)፡ (ዲጂታል/ኢሜይል አይገኝም) | <input type="checkbox"/> \$30.00 በአንድ ጥያቄ | <input type="checkbox"/> \$5 በፖስታ ለመላክ |

ፈቃድ፡- ዩኒቨርሲቲ ኦፍ ኮሎራዶ የጥርስ ሕክምና ትምህርት ኮሌጅ የተጠቀሰውን መረጃ በዚህ ጥያቄ ላይ ስማቸው ለተጠቀሰው ድርጅት፣ ኤጀንሲ፣ ግለሰብ እንዲሰጥ ፈቃድ ሰጥቻለሁ። በጽሁፍ ትዕዛዝ ካልሰጠሁ በስተቀር፣ የሚለቀቀው መረጃ የሚከተሉትን ሁኔታዎች በተመለከተ (ካሉ) መረጃዎችን ሊይዝ እንደሚችል እንዝገባለሁ፤ ሳይኮሎጂካል፣ ሳይካትሪክ ሁኔታ፣ ሲክስ ሴል አኔሚያ፣ የዕጽ አላግባብ አጠቃቀም፣ የአልኮል ሱስ ወይም የአልኮል አላግባብ አጠቃቀም። ይህ ጥያቄ በራስ ፈቃድ የተደረገና ከላይ የተጠቀሰው መረጃ እኔ እስከማውቀው ድረስ ትክክለኛ ስለመሆኑ ምስክርነት አሰጣለሁ። በዚህ ፈቃድ መሰረት ቀድመው የተፈጸሙ ድርጊቶች ካልሆኑ በስተቀር፣ ይህን ፈቃድ በማንኛውም ጊዜ መሻር እንደምችል እንዝገባለሁ። ከላይ ፈቃድ የተሰጠውን መረጃ በተቀበሉ ሰዎች የጥርስ መረጃዎቹን በድጋሚ መስጠት፣ ተጨማሪ የጽሁፍ ፈቃድ ካልሰጠሁ በስተቀር አይከናወንም። ይህ ፈቃድ የቀርበው ጥያቄ በጥርስ ሕክምና ትምህርት ቤቱ ከተሟላ በኋላ አገልግሎቱ ያበቃል።

ቀን _____ የወላጅ/አስዳጊ ፈርማ _____