



በጥብቅ የተቀመጠ የጤና መረጃን ለመጠቀም፣ ለመግለጽ፣ እና ለማስተላለፍ የተሰጠ ስልታን
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (AMHARIC)

ከታች የተዘረዘሩትን ተረድቻቸዋለሁ።
I understand the following:

- በጥብቅ የተቀመጠውን የኔ የጤና መረጃ እንዲገለጽ ወይም እንዲተላለፍ ፈቃድ በሚሰጠው ቅጽ ላይ አልፈርምም የማለት መብት አለኝ። ፈቃድ መስጨያውን አልፈርምም ማለት የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ወይም ለአገልግሎቶች ወጪ መተኪያን ለማግኘት ያለኝን ብቃት አይቀይረውም። ይህን ፈቃድ አልፈርምም በማለት ምክንያት የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶችን ለማግኘት ያለኝን ብቃት ሊቀይረው የሚችልበት ሁኔታ የጤና እንክብካቤ አገልግሎቶቹ ከጥናትና ምርምር ጋር የሚገናኙ ከሆኑ ወይም ለሌላ አንድ ሰው የጤና መረጃውን ለማቅረብ ሲሆን ብቻና መረጃውንም ለመግለጽ ፈቃዱ የሚያስፈልግ በሚሆንበት ጊዜ ብቻ ነው።

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- ይህን ጥያቄ ለማቅረብ የሚከፈል ሂሳብ ሊኖር ይችላል። There may be a fee associated with this request.
- በዚህ ፈቃድ መሠረት ጥቅም ላይ የዋለ ወይም የተገለጸ መረጃ እንደገና እንዲገለጽ ሊደረግ የማይችል ሲሆን በፌዴራል ሕግ መሠረትም የተጠበቀ መሆኑ ይቀራል። ይሁን እንጂ፣ የፌዴራል ወይም የስቴት ሕግ የ HIV/AIDS፣ የአለም ጤና መረጃ፣ የጀነቲክ ምርመራ መረጃዎች፣ እና የገጂ ዕጽ/የአልሆል ምርመራ ውጤት፣ የሕክምና፣ ወይም ለሕክምና መምሪያ መረጃዎች እንደገና እንዳይገለጹ ሊያግድ ይችላል።

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- የተፈረመበትን የዚህን መረጃ ቅጂ የመቀበል መብት አለኝ። I have the right to receive a copy of this signed authorization.
- በማንኛውም ጊዜ ላይ ይህን ፈቃድ በጽሁፍ ልሽረው እችላለሁ። ይህን ፈቃድ ከሻርኩት፣ ከዚህ በታች የተገለጸው መረጃ ጥቅም ላይ መዋሉ ይቀራል ወይም በተጻፈው ፈቃድ ላይ ለተገለጹት ጉዳዮች ላይገለጽ ይችላል። ልዩ ሁኔታ ሊኖር የሚችለው፣ Swedish ፈቃዱን ተመርኩዞ እርምጃ ከወሰደ ወይም ፈቃዱ ተገኝቶ የነበረው ለኢንሹራንስ ሽፋን ጉዳይ ከሆነ ብቻ ነው።

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

እባክዎ ይህንን ፈቃድ ወ ይም አገልግሎቱን እባክዎ ይህን ቅፅ አገልግሎት በሚያገኙበት ቦታዎች, በአንዱ ገቢ ያድርጉ።
Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 ፋክስ/Fax: (206) 320-2626 ኢሜይል/Email: ROI@swedish.org	Swedish Medical Group ስልክ/Phone: (206) 320-3025 ፋክስ/Fax: (478) 238-9436 ኢሜይል/Email: smgroi-wa@cioxhealth.com
--	--

አስፈላጊ፣ ሂሳብ ለማስከፈያ አሰፈላጊ ከሆነ እንጂ፣ Swedish የታካሚዎችን ሶሺያል ሴኩሪቲ ቁጥሮችን ማተሙን ወይም ማስተላለፉን አቁሟል። ይሁን እንጂ፣ ከጥቂት ዓመታት በላይ በሆናቸው የታካሚዎች መረጃዎች ላይ የሶሺያል ሴኩሪቲ ቁጥሮች ሊጨመሩ ይችላሉ። እንዲተላለፍ ፈቃድ የሚሰጡበት መረጃ የሶሺያል ሴኩሪቲ ቁጥር ሊያካትት ይችላል።

Important: Swedish no longer informs or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.

ተቋሙ፣ ሰራተኞቹ፣ ሹሞቹና ሀኪሞቹ፣ እዚህ ላይ በተጠቀሰውና ፈቃድ በተሰጠው መሰረት ከላይ የተጠቀሰውን መረጃ በመስጠታቸው ምክንያት ከማንኛውም ሕጋዊ ኃላፊነት ወይም ተጠያቂነት ነጻ ናቸው።

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.



በጥበቅ የተቀመጠ የጤና መረጃን ለመጠቀም፣ ለመግለጽ፣ እና ለማስተላለፍ የተሰጠ ስልታን
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (AMHARIC)

Swedish Health Services እና ተባባሪዎቹ፣ በዘር፣ በቆዳ ቀለም፣ በትውልድ ሀገር፣ በጾታ፣ በዕድሜ ወይም በአካል ጉዳተኛነት ምክንያት በጤና ፕሮግራሞቻቸውና በድርጊቶቻቸው ላይ አድሎ አያደርጉም።

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ትኩረት ያድርጉ፡ እንግሊዝኛ የማይናገሩ ከሆነ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች በነጻ ያገኛሉ። በ (888) 311-9127 (TTY: 711) ይደውሉ።
ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

ለ Swedish ከዚህ በታች የተገለጹትን በሚመለከት የተወሰነ የጤና መረጃ ቅጂን እንዲጠቀም ወይም እንዲያስተላለፍ ፈቃድ አሰጣለሁ።
I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

የታካሚ ስም/Patient's Name _____ የልደት ቀን/DOB: _____

የታካሚ አድራሻ/Patient's Address: _____ ስልክ/Phone: _____

ከተማ/City: _____ ስቴት/State: _____ የዚፕ ኮድ/Zip Code: _____

መረጃው የሚገለጸው ለ፡ _____ እራስዎ _____ ወይም የተቀባይ ስም፡ _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

የተቀባይ አድራሻ፡ _____
Recipient's Address:

ከተማ/City: _____ ስቴት/State: _____ የዚፕ ኮድ/Zip Code: _____

ስልክ/Phone: _____ ፋክስ/Fax: _____ ኢሜይል/Email: _____

መዝገቦቼን በሚከተለው መንገድ ይላኩልኝ፡ _____ MyChart _____ ኢሜይል _____ ዲስክ _____ ወረቀት _____ ፋክስ
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

መረጃውን የምጠይቀው ለሚከተለው ተቋም(ሞች) ነው፡ _____
I am requesting information from the following facility(s):

Table with 2 columns: የሆስፒታል ስም (ዝርዝር) እና ስልክ ቁጥር / Hospital Name (List) & Phone Number; የክሊኒክ ስም (ዝርዝር) እና ስልክ ቁጥር / Clinic Name (List) & Phone Number

ከሚከተለው ቀን ጀምሮ፡ _____ እስከ፡ _____
For the range of dates from: to:

ከሚከተለው የሕክምና ምርመራ ውጤት ወይም ጉዳት ጋር ተዛማጅ መረጃ ለሚገናኝ፡ _____
For information related to the following diagnosis or injury:

የሚገለጸው መረጃ/Information to be disclosed:

- ታሪክና የሰውነት ምርመራ/History & Physical
 የቀድሞ ጥገና ሪፖርት/Operative Report
 የሕክምና ምርመራ ውጤት ዘገባ (ላብራቶሪ፣ ራጅ፣ EKG፣ ወዘተ) / Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
 ሌላ (ይግለጹ)/Other (specify):
 የመልቀቂያ አጭር መግለጫ/Discharge Summary
 የድንገተኛ ሕክምና ክፍል ዘገባ/Emergency Department Report
 የሂደት ማስታወሻ/Progress Notes

ለሚከተለው አላማ፡ _____
For the purpose of:

ካልተሻረ በስተቀር፣ ይህ ፈቃድ በ 180 ቀናት ውስጥ ወይም በዚህ ቀን ላይ ቀኑ ያበቃል።
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:



SWEDISH

በጥብቅ የተቀመጠ የጤና መረጃን ለመጠቀም፣ ለመግለጽ፣ እና ለማስተላለፍ የተሰጠ ስልታን AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (AMHARIC)

ስምምነት፡ ይህ ፈቃድ፣ ውስን እንዲሆን በጽሁፍ ካልገለጸኩ በስተቀር፣ ሁሉንምም የምርመራ እና/ወይም በግብረ ሥጋ ግንኙነት ተላላፊ በሽታዎችን፣ AIDS ን፣ HIV ን፣ የአልኮሎል እና/ወይም የጥጂ ዕጽ ሰብኛነትን፣ የአእምሮ ጤና ሁኔታዎችን ወይም ሌሎች ጥብቅ መረጃዎችን ሁሉ ይሸፍናል።

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

የታካሚ ፊርማ፡ _____ ቀን፣/Date: _____
Patient Signature: (ቅጹን ጥሪንት ያድርጉ እና በእጅ ይፈርሙ) (Print form and sign by hand)

የታካሚ ተወካይ ስም፡ _____ ቀን፣/Date: _____
Patient Representative Name:

የታካሚ ተወካይ ስም፡ _____
Patient Representative Signature: (ቅጹን ጥሪንት ያድርጉ እና በእጅ ይፈርሙ። እባክዎ ደጋፊ ሰነዶችን ያካቱ።) (Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

ከታካሚ ጋር ያለው ዝምድና፡ _____
Relation to Patient:

