



የሕይወት ምክንያት ለግንባር ልዩ ሰነድ ለማቅረብ
ግንባር ሰነድ ለማቅረብ

Consent to the Disclosure of PHI

LAST NAME	(FIRST)
MRN	VISIT NUMBER
DATE OF BIRTH YYYY-MM-DD	SEX
ADDRESS	

IMPRINT OR ENTER DETAILS BY HAND

ክሊኒክ ቤተሰብ አገልግሎት Agency client # _____ MRN _____

ለደራሳይ ቤተሰብ አገልግሎት ማዘጋጀት ለማግኘት Client
 ለደራሳይ ቤተሰብ አገልግሎት ማዘጋጀት ለማግኘት ግንባር/ሚደራሰብ ግንባር ሰነድ ለማቅረብ Guardian/Substitute decision maker

ሆር ቴሌሜንታል ሥራ ለሰርዖል ሆስፒታል የሕክምና አገልግሎት ለመስጠት ለሚያስፈልጉት የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ግንባር ሰነድ ለማቅረብ አቅጣጫ ሰጥቶ ነው።

authorize one of the Tele-Mental Health Service locations to disclose the PHI of:

ለሕክምና ለሚያስፈልጉት ለማግኘት የሕክምና ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

Consisting of: **Tele-Mental Health Consultation Report**,
 ለሌሎች ማንኛውም ሰነድ ለማቅረብ ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

To the following: _____
Name of physician, mental health agency, etc.

ለደራሳይ ቤተሰብ አገልግሎት ማዘጋጀት ለማግኘት Client
 ለደራሳይ ቤተሰብ አገልግሎት ማዘጋጀት ለማግኘት ግንባር/ሚደራሰብ ግንባር ሰነድ ለማቅረብ Guardian/Substitute decision maker

ሆር ቴሌሜንታል ሥራ ለሰርዖል ሆስፒታል ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

authorize the **Tele-Mental Health Coordinating Agency &** _____
Name of agency name

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

to disclose the PHI of _____
Name of client name

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

consisting of _____
Description of PHI to be disclosed

ለሌሎች ማንኛውም ሰነድ ለማቅረብ ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

ሕድረ-ገጽ ስጦታ ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት Notice of Collection

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

የሕይወት ምክንያት ለማቅረብ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

ለመጠናቀቅ ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

Agreement to be contacted about research opportunities.

ለሕክምና ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት

ለሕክምና ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት ለሚያስፈልጉት ለማግኘት