

# اجازه برای انتشار اطلاعات



فرم تکمیل شده را به این آدرس ارسال کنید:  
Department of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

## اطلاعات مددکار:

نام مددکار:	شماره دعوی:
شماره امنیت اجتماعی (فقط برای شناسایی):	تاریخ تولد:

## ارائه دهنده:

نام ارائه دهنده:
------------------

من به شما اجازه می دهم هرگونه اطلاعاتی که درباره شرایط من تحت درمان دارید را در اختیار سازمان کار و صنایع (Labor and Industries) قرار دهید.

علاوه بر اظهارات خودتان، لطفاً موارد زیر را نیز ارائه کنید:

- سوابق پزشکی.
- آزمایش ها.
- مشاوره ها.
- گزارش های X-Ray.
- بررسی های آزمایشگاهی.
- گزارش های مربوط به عمل ها و پاتولوژی.
- یادداشت های مربوط به پرستاران و پزشکان.
- سوابق بیمارستانی.
- تشخیص عیب.
- نسخه ها و اطلاعات درمانی مرتبط با هر بیماری، جرحت یا دیگر شرایط پزشکی.

لطفاً همه سوابق درمانی را در این زمینه ارائه کنید:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

داده های مورد نظر برای انتشار عبارتند از:

مراقبت های روانپزشکی

HIV/AIDS

سوء مصرف مواد مخدر

سوء مصرف الکل

و/یا هرگونه اطلاعات محافظت شده تحت قانون فدرال.

من می دانم که این اطلاعات را منتشر می کنم تا سازمان کار و صنایع (Labor and Industries) بتواند دعوی من را مورد بررسی و رسیدگی قرار دهد.  
من می دانم که این سوابق به صورت محرمانه با توجه به قوانین ایالتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت (RCW 51.28.070).

این مجوز در هر زمان قابل فسخ است.

تاریخ

امضای مددکار