

Cho phép tiết lộ và chia sẻ thông tin y tế được bảo vệ

Thông tin về bệnh nhân	Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____ Địa chỉ: _____ Bí danh/biệt danh: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Điện thoại dùng ban ngày: _____
Phòng khám/Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (Ai có thông tin quý vị muốn tiết lộ?) Vui lòng liệt kê Nhà cung cấp và/hoặc Phòng khám cụ thể.	Tên phòng khám hoặc nhà cung cấp: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Fax: _____ Điện thoại dùng ban ngày: _____
Bên nhận (quý vị muốn thông tin được gửi đến đâu?)	Tên của bên nhận: _____ Người nhận: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____ Fax: _____ Điện thoại dùng ban ngày: _____
Thông tin được tiết lộ (Quý vị muốn gửi hoặc tiết lộ thông tin gì? Chọn ô thích hợp.)	<input type="checkbox"/> Bộ Hồ sơ được Chỉ định (hồ sơ bao gồm hồ sơ bệnh nhân, thông tin về nhân khẩu học, sức khỏe và hóa đơn) – Hai (2) năm qua. <input type="checkbox"/> Ngày sử dụng dịch vụ hoặc hồ sơ liên quan đến một căn bệnh cụ thể (ghi rõ ngày sử dụng dịch vụ hoặc ngày bị bệnh): _____ <input type="checkbox"/> Mọi và tất cả hồ sơ trong Bộ Hồ sơ được Chỉ định – Tên viết tắt của bệnh nhân: <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ loại hồ sơ): _____
Tiết lộ thông tin y tế nhạy cảm	Thông tin y tế được tiết lộ có thể chứa thông tin về Sức khỏe tâm thần, Lạm dụng rượu hoặc ma túy, HIV hoặc AIDS, Bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc Kế hoạch hóa gia đình. Vui lòng chọn một trong những lựa chọn sau đây và ghi tên viết tắt cho phép tiết lộ hoặc không tiết lộ thông tin nhạy cảm này có thể có trong hồ sơ của quý vị: Tiết lộ: <input type="checkbox"/> hoặc Không tiết lộ: <input type="checkbox"/> Tên viết tắt: _____
Mục đích tiết lộ (tại sao cần tiết lộ? Tại sao quý vị muốn tiết lộ?)	Chăm sóc sức khỏe: <input type="checkbox"/> Sử dụng cá nhân: <input type="checkbox"/> Pháp lý: <input type="checkbox"/> Bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Khác – vui lòng nêu rõ: _____
Hướng dẫn tiết lộ (quý vị muốn tiết lộ thông tin theo cách nào và khi nào? Quý vị muốn ai đến lấy nếu không phải là quý vị và CHC có giấy tờ hợp lệ trong hồ sơ không?)	1. Tiết lộ hồ sơ theo hình thức: a. <input type="checkbox"/> Giấy <input type="checkbox"/> Trực tiếp đến lấy <input type="checkbox"/> Chuyển qua đường bưu điện cho bên nhận <input type="checkbox"/> Fax cho bên nhận <input type="checkbox"/> Số fax: b. <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> Trực tiếp đến lấy <input type="checkbox"/> Chuyển qua đường bưu điện cho bên nhận 2. Nếu trực tiếp đến lấy thì người đến lấy hồ sơ là <input type="checkbox"/> Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Cha Mẹ/Người thân/Bạn bè <input type="checkbox"/> Người đại diện theo pháp luật (phải có hồ sơ phù hợp tại CHC) 3. Tên người đến lấy hồ sơ: _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: 4. Xác minh danh tính người nhận hồ sơ: Giấy phép lái xe, Thẻ Costco hoặc Thẻ ngân hàng có ID ảnh.
1. Việc cho phép có hiệu lực trong vòng một năm sau ngày ký, trừ phi quý vị nhập một ngày khác hoặc ngày hết hạn ở đây: Ngày: _____ 2. Việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc khả năng đủ điều kiện nhận quyền lợi của tôi sẽ không phụ thuộc vào việc ký vào giấy ủy quyền này. 3. Tôi có thể thu hồi sự cho phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào, ngoại trừ phạm vi hành động đã được thực hiện dựa vào sự cho phép này. Tôi cũng hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo sự cho phép này có thể bị tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi các quy định của liên bang nữa. 4. Một số bản sao thông tin y tế được tính phí và phải được trả trước. 5. TRẺ VỊ THÀNH NIÊN 13-17: Cần phải có chữ ký của trẻ vị thành niên để tiết lộ thông tin liên quan đến các tình trạng sau: Chăm sóc sinh sản như tránh thai, mang thai (mọi lứa tuổi), các bệnh lây truyền qua đường tình dục (14 tuổi trở lên), lạm dụng rượu/ma túy (13 tuổi trở lên) và sức khỏe tâm thần (13 tuổi trở lên). Tôi đồng ý tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ.	
_____ Chữ ký của Bệnh nhân/Người giám hộ/Người được ủy quyền Thẩm quyền ký thay mặt bệnh nhân (cần có giấy tờ) Ngày _____	
CHO PHÉP THU HỒI VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN: _____ Chữ ký của bệnh nhân Ngày _____	