

Ủy quyền Tiết lộ Hồ sơ Sức khỏe

Cách tiết lộ: Tại phòng khám ☐ Bằng miệng ☐ CD ☐ Bản giấy ☐ Fax (tối đa 60 trang) ☐

Thông tin về bệnh nhân	Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã zip: _____ Điện thoại di động/liên hệ ban ngày: _____ Điện thoại cơ quan: _____
Từ Vui lòng liệt kê bệnh viện, phòng khám, nhà cung cấp cụ thể quý vị muốn gửi hồ sơ tới	Tên phòng khám hoặc nhà cung cấp: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã zip: _____ Điện thoại: _____ Số fax: _____
Đến Vui lòng liệt kê những người quý vị muốn nhận hồ sơ	Tên người nhận: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã zip: _____ Số fax: _____ Điện thoại liên hệ ban ngày: _____
Thông tin Chọn một mục quý vị muốn tiết lộ	____ (3 lần thăm khám gần đây nhất) Tóm tắt quá trình chăm sóc gần đây (bao gồm danh sách thuốc, danh sách vấn đề, H&P (Lịch sử và Khám thực thể), xét nghiệm, ghi chép về các lần thăm khám, v.v.) ____ (2 năm gần đây) Tóm tắt quá trình chăm sóc bao gồm danh sách y tế, danh sách vấn đề, H&P, xét nghiệm, ghi chép về các lần thăm khám, v.v. ____ Bộ hồ sơ đầy đủ (tất cả hồ sơ) Bệnh nhân phải ký tắt: _____ ____ (2 năm gần đây) Chụp X-quang răng và/hoặc tóm tắt quá trình chăm sóc Bộ hồ sơ nha khoa đầy đủ (tất cả): Ký tắt _____ ____ Khác _____ (vui lòng cung cấp thông tin cụ thể)
Nhạy cảm Vui lòng chọn những hồ sơ nhạy cảm quý vị muốn tiết lộ (cần phải đánh dấu, nếu không những thông tin này có thể sẽ không được bao gồm)	____ HIV/AIDS ____ Bệnh lây truyền qua đường tình dục ____ Lạm dụng chất gây nghiện ____ Sức khỏe tâm thần/Chăm sóc tâm thần ____ Trao đổi thông tin bằng lời nói/phối hợp chăm sóc (cụ thể đối với các mục thuộc trong lĩnh vực nhạy cảm này) Theo 42 USC 290dd-2 (g), các quy định trong phần này áp đặt các hạn chế đối với việc sử dụng và tiết lộ hồ sơ bệnh nhân mắc chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện ("hồ sơ", theo định nghĩa trong phần này) được lưu giữ liên quan đến việc thực hiện chương trình phần 2, nếu có.
Sự đồng ý – Trẻ vị thành niên	Trẻ vị thành niên từ 13 đến 17 tuổi phải ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin nhạy cảm dưới đây (vui lòng ký tắt bên cạnh hồ sơ để tiết lộ: ____ Tránh thai, kế hoạch hóa gia đình và mang thai (mọi lứa tuổi) ____ Các tình trạng liên quan đến HIV/AIDS (bao gồm cả xét nghiệm) (14 tuổi trở lên) ____ Lạm dụng rượu/ma túy (13 tuổi trở lên) ____ Sức khỏe tâm thần/Tâm thần học (13 tuổi trở lên)
- 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: _____ - 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. - 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. - Một số bản sao thông tin y tế được tính phí và phải được trả trước. ***** Bằng việc ký tên nghĩa là tôi đồng ý tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ.	
Chữ ký của Bệnh nhân/Người giám hộ/Người được ủy quyền Được phép ký thay mặt bệnh nhân (yêu cầu cung cấp tài liệu chứng minh) Ngày _____ CHO PHÉP THU HỒI VIỆC TIẾT LỘ THÔNG TIN: _____ Chữ ký của bệnh nhân Ngày Dành cho nhân viên (ký tắt): Đã xác minh tất cả các mục đã được điền đầy đủ: _____ Tôi đã hoàn thành tất cả các hành động: _____	