Cho phép thảo luận
Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Tôi cho phép nhà cung cấp hoặc nhân viên hỗ trợ chuyên môn của tôi thảo luận thông tin sức khỏe của tôi với những người được liệt kê dưới đây và cho phép nhân viên để lại tin nhắn chi tiết trên điện thoại của họ:

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Tên: _____ Mối quan hệ: _____ Số điện thoại: _____

Các mục **không được thảo luận** trong phạm vi tài liệu này và cần phải sử dụng Mẫu cho phép tiết lộ thông tin bao gồm:

- HIV/AIDS
- Bệnh/Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STD/STI)
- Lạm dụng rượu bia/chất gây nghiện
- Sức khỏe tâm thần

LƯU Ý: Bệnh nhân có trách nhiệm cập nhật thông tin này.

Biểu mẫu này có hiệu lực trong **12 tháng** kể từ ngày ký và có thể bị hủy bỏ bất cứ lúc nào.

_____ _____

(Chữ ký của bệnh nhân) (Ngày)

** Tôi hiểu rằng tôi có thể **rút lại/hủy bỏ** 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. Chỉ cần ký tên nếu quý vị muốn rút lại/hủy bỏ sự cho phép này.

_____ _____

Chữ ký để rút lại sự cho phép Ngày