Giấy ủy quyền tiết lộ thông tin y tế

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: _____ 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 thông tin 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 thông tin	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): **Chữ ký tắt** _____ ___ Khác_____ (vui lòng nêu rõ)
Thông tin nhạy cảm Thông tin nhạy cảm ban đầu mà bạn muốn được tiết lộ (hai ô này; **phải** có chữ ký tắt <b> thì mới được đưa vào)	_____ HIV/AIDS _____ Bệnh lây truyền qua đường tình dục _____ Lạm dụng chất gây nghiện _____ Chăm sóc sức khỏe tâm thần/tâm lý _____ Các lần thăm khám của nhân viên xã hội Theo **42 U.S.C. 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
	Thông tin cụ thể cần được thảo luận hoặc tiết lộ Các bản đánh giá (Ký tắt & ngày tháng) _____ Ghi chú về tiến trình điều trị/theo dõi (Ký tắt & ngày tháng) _____ Mục tiêu điều trị (Ký tắt) _____ Mức độ tham vào các buổi hẹn (Ký tắt)_____ Việc phối hợp chăm sóc (Ký tắt) _____ Khác (Vui lòng nêu rõ) _____ _____
Sự đồng ý của trẻ vị thành niên Thông tin ban đầu mà bạn muốn được tiết lộ (**phải** có chữ ký tắt <b> thì mới được đưa vào)	**TRẺ VỊ THÀNH NIÊN** (12 – 17 tuổi **phải** có chữ ký viết tắt để được tiết lộ thông tin): _____ Biện pháp tránh thai, tình trạng mang thai (mọi độ tuổi) _____ Xét nghiệm bệnh lây truyền qua đường tình dục (13 tuổi trở lên) _____ HIV/AIDS (bao gồm cả việc 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)

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.**
4. **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.**
5. **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.**

_____ _____ _____

Bệnh nhân **Người ký thay mặt bệnh nhân (Phụ huynh, người giám hộ hoặc luật sư - Cần xuất trình giấy tờ 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 và đã gửi hồ sơ: _____