

THÔNG TIN DANH TÍNH BỆNH NHÂN:

Họ tên của bệnh nhân: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ đầy đủ: _____

(Các) tên khác được sử dụng: _____ Ngày sinh: _____

TIẾT LỘ/SAO CHÉP HỒ SƠ Y TẾ CỦA TÔI TỪ:

Tên cá nhân/tổ chức: _____

Địa chỉ đầy đủ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

GỬI HỒ SƠ Y TẾ CỦA TÔI ĐẾN:

Tên cá nhân/tổ chức: _____

Địa chỉ đầy đủ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

Email (để gửi qua email bảo mật): _____

LÝ DO TIẾT LỘ:

- Điều trị/chăm sóc liên tục
 Sử dụng cá nhân
 Lập hóa đơn hoặc yêu cầu thanh toán
 Mục đích pháp lý
 Bảo hiểm / khuyết tật
 Email
 Lý do khác: _____

HÌNH THỨC GỬI:

(Được thực hiện khi có thể.)

- Thư - Bản giấy
 Thư - CD / DVD
 Fax
 Email
 Hình thức khác: _____

TIẾT LỘ CÁC THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) NHƯ SAU TRONG HỒ SƠ Y TẾ CỦA TÔI: Đánh dấu tất cả các mục áp dụng.

Phạm vi ngày, nếu có: _____

- Tất cả thông tin sức khỏe
 Thông tin thanh toán
 Hình ảnh __ Báo cáo __ X quang
 Y lệnh của bác sĩ lâm sàng
 Báo cáo thủ thuật
 Báo cáo tư vấn
 Ghi chú của bác sĩ lâm sàng
 Báo cáo xét nghiệm
 Thông tin khác _____

Quý vị bắt buộc phải ký nháy nếu **KHÔNG** muốn tiết lộ bất kỳ thông tin nhạy cảm nào sau đây:

- ____ Hồ sơ sức khỏe tâm thần (không bao gồm ghi chú về liệu pháp tâm lý) ____ Kết quả xét nghiệm / điều trị HIV/AIDS
 ____ Hồ sơ lạm dụng ma túy, rượu hoặc chất kích thích ____ Sức khỏe sinh sản
 ____ Thông tin di truyền (bao gồm kết quả xét nghiệm di truyền)

Tôi tự nguyện ủy quyền cho cá nhân/tổ chức được nêu tên tiết lộ hồ sơ y tế của tôi cho cá nhân/tổ chức được nêu tên và tôi hiểu rằng:

- Bản sao hoặc bản fax của giấy ủy quyền này có giá trị như bản gốc.
- Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng văn bản, trừ trường hợp thông tin đã được tiết lộ.
- Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được bảo vệ theo luật bảo mật của liên bang và tiểu bang.
- Tôi không cần phải ký vào biểu mẫu này để đảm bảo việc điều trị chăm sóc sức khỏe, thanh toán, ghi danh hoặc tư cách đủ điều kiện.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc cha mẹ / người giám hộ hợp pháp

Ngày

Mối quan hệ với bệnh nhân¹Ngày hết hạn của giấy ủy quyền²

- Xin lưu ý: Nếu là người giám hộ hoặc người đại diện do tòa án chỉ định, quý vị phải đính kèm bản sao giấy ủy quyền hợp pháp của mình để đại diện cho bệnh nhân, trừ trường hợp quý vị là cha mẹ của bệnh nhân vị thành niên.
- Trừ khi được ghi chú, giấy ủy quyền sẽ hết hạn sau 1 năm kể từ ngày ký ở trên.

Công ty không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, độ tuổi hay tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động y tế. Chúng tôi cung cấp các dịch vụ miễn phí để giúp quý vị giao tiếp với chúng tôi, chẳng hạn như thư bằng các ngôn ngữ khác hoặc bản in chữ lớn. Ngoài ra, quý vị có thể yêu cầu thông dịch viên. Để yêu cầu trợ giúp, vui lòng gọi số 888-781-9355. ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 888-781-9355. 請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：888-781-WELL (9355)。