

GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI) TRONG HỒ SƠ Y TẾ

THÔNG TIN DANH TÍNH BỆNH NHÂN:

Họ tên 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
☐ Mục đích pháp lý
☐ 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 (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: _____ |

Ký tất tên vào từng loại thông tin nhạy cảm mà quý vị cho phép tiết lộ; các loại thông tin không có chữ ký xác nhận sẽ không được tiết lộ.

_____ 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 bị người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được luật về quyền riêng tư của liên bang hoặc tiểu bang bảo vệ.
- 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 nhân¹

Ngày hết hạn của giấy ủy quyền²

1. Vui lòng lưu ý: Nếu quý vị 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 là cha mẹ của bệnh nhân vị thành niên. 2. Trừ khi được nêu rõ, giấy ủy quyền sẽ hết hạn sau 1 năm kể từ ngày ký ở trên.