

ỦY QUYỀN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN (Release of Information)



Health Information Management Department 1200 12 th Ave S., Suite 901, Seattle, WA 98144 / T: 206.548.3043 / F: 206.461.8382 Email: healthrecords@neighborcare.org				MÃ SỐ HỒ SƠ BỆNH ÁN (không bắt buộc)	
Thông tin Bệnh nhân					
Tên họ Bệnh nhân:				Ngày sinh: / /	
Tên trước đây:				Số điện thoại:	
Thông tin được tiết lộ TỪ:			Thông tin được tiết lộ CHO:		
<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> Khác (xem bên dưới)	<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> Khác (xem bên dưới)
Tên họ:			Tên họ:		
Địa chỉ:			Địa chỉ:		
Thành phố:		Tiểu Bang:	Mã bưu chính:		
Điện thoại:		Fax:	Điện thoại:		Fax:
Quý vị muốn hồ sơ của mình được chuyển giao như thế nào? (Chọn một câu trả lời. Hồ sơ sẽ được chuyển bằng bản giấy nếu không được chỉ định)					
<input type="checkbox"/> Bản giấy	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> Email được mã hóa (nhập địa chỉ email):		<input type="checkbox"/> MyChart	
Tại sao thông tin này lại được tiết lộ?					
<input type="checkbox"/> Chuyển dịch vụ chăm sóc		<input type="checkbox"/> Mục đích sử dụng cá nhân		<input type="checkbox"/> Mục đích sử dụng theo pháp luật	
<input type="checkbox"/> Điều khác:					
Quý vị muốn tiết lộ loại thông tin nào?					
<input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ trong năm vừa qua		<input type="checkbox"/> Tất cả hồ sơ cho Tất cả các ngày dịch vụ		<input type="checkbox"/> Hồ sơ chủng ngừa	
<input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm mới nhất		<input type="checkbox"/> Các kết quả xét nghiệm lao phổi gần đây nhất		<input type="checkbox"/> Các kết quả chụp Quang tuyến gần đây nhất	
<input type="checkbox"/> Khác (vui lòng nêu rõ):					
Trao đổi bằng lời nói					
<input type="checkbox"/> Tôi cho phép Neighborcare Health thảo luận bằng lời nói về việc chăm sóc y tế của tôi với người được chỉ định ở trên.					
Thông tin nhạy cảm					
Trừ khi tôi có chỉ định khác ở dưới, tôi cho phép tiết lộ tất cả thông tin nhạy cảm, bao gồm kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hoặc điều trị bệnh tâm thần/tâm lý, sử dụng ma túy và/hoặc rượu bia, tình trạng mắc HIV/AIDS hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.					
<input type="checkbox"/> Tôi KHÔNG cho phép tiết lộ thông tin này.					
Ngày hết hạn					
Ủy quyền này sẽ hết hạn sau <i>một năm</i> kể từ ngày ký tên ở dưới, trừ khi có chỉ định khác: / /					
Quyền của tôi với tư cách là Bệnh nhân của Neighborcare Health					
Tôi hiểu rằng tôi không cần phải ký vào giấy ủy quyền này để nhận các quyền lợi chăm sóc y tế (điều trị, thanh toán hoặc đăng ký). Tuy nhiên, tôi phải ký vào giấy ủy quyền để tham gia một nghiên cứu khi mục đích là để tạo thông tin y tế cho bên thứ ba.					
Tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản yêu cầu cho Neighborcare Health. Điều này sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào được tiết lộ trước khi nhận được văn bản yêu cầu thu hồi.					
Sau khi thông tin y tế được tiết lộ, các cá nhân hoặc tổ chức nhận được thông tin đó có thể tiết lộ lại và thông tin đó có thể không còn được bảo vệ theo Đạo luật về Trách nhiệm giải trình và Cung cấp thông tin bảo hiểm y tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) hoặc các luật về quyền riêng tư khác.					

Chữ ký Bệnh nhân * hoặc Người giám hộ hợp pháp

Nếu người ký là một người không phải là bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp, vui lòng cung cấp văn bản cho phép quý vị ký thay.

Chữ ký:	Tên họ viết in hoa: Mối quan hệ với Bệnh nhân:	Ngày: / /
---------	---	--------------

Chấp thuận của Trẻ vị thành niên (Trẻ vị thành niên từ 13-17 tuổi phải ký tên để cho phép tiết lộ thông tin).

Chữ ký của Trẻ vị thành niên:	Tên họ viết in hoa:	Ngày: / /
-------------------------------	---------------------	--------------

*Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, cũng như một số bệnh nhân là trẻ vị thành niên, có quyền yêu cầu nhận bản sao hồ sơ bệnh án của họ.

Updated on 05/01/2024 Language : Vietnamese