

GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHOẺ ĐƯỢC BẢO VỆ
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Page 1 of 2

☐ Community Healthlink ☐ Bệnh viện HealthAlliance-Clinton ☐ Bệnh viện Harrington ☐ Bệnh viện Marlborough ☐ Trung tâm y tế UMass Memorial
☐ Nhóm y tế UMass Memorial | Địa điểm: _____ ☐ Harrington Physicians |Địa điểm: _____

Vui lòng viết chữ in hoa rõ ràng để yêu cầu của quý vị được tiến hành kịp thời gian .

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ tên: _____

Ngày tháng năm sinh: _____ Số hồ sơ y bạ _____

Địa chỉ: Số nhà và tên đường: _____ P.O. Box / lầu. # phòng #: _____

Thành phố: _____ Bang: _____ Số zip: _____

Số điện thoại ưa chuông #: _____

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho các đơn vị đã được chọn lựa ở trên, các nhân viên chính thức, và/hay các đại lý của các đơn vị đó để (CHỌN MỘT PHƯƠNG ÁN):

- ☐ **Yêu cầu & Tiếp nhận** thông tin từ chuyên viên chăm sóc sức khoẻ/tổ chức được ghi rõ dưới đây.
☐ **Tiết lộ** thông tin từ hồ sơ y tế của bệnh nhân có tên ở trên cho người nhận được ghi rõ dưới đây.
☐ Đánh dấu ở đây nếu các hồ sơ này được gửi qua đường bưu điện cho bệnh nhân cư ngụ tại địa chỉ nói trên, nếu không thì hoàn tất thông tin dưới đây:

Họ tên: _____

Địa chỉ, số nhà tên đường: _____ P.O. Box / lầu # / Phòng #: _____

Thành phố: _____ Bang: _____ Số Zip: _____

Số điện thoại #: _____

MỤC ĐÍCH TIẾT LỘ THÔNG TIN NÀY LÀ ĐỂ:

- ☐ Đặt hẹn với chuyên gia ☐ Luật sư/Trưởng hợp pháp lý ☐ Giao tiếp bằng lời
☐ Chuyển dịch vụ chăm sóc sang bác sĩ mới ☐ Khuyết tật/Đơn xin bảo hiểm/Yêu cầu thanh toán bảo hiểm ☐ Sử dụng cá nhân
☐ Người chăm sóc ☐ **KHÁC (nêu rõ):** _____ ☐ Kiểm tra trước khi tuyển dụng

VUI LÒNG ĐIỂN ĐỦ THÔNG TIN DƯỚI ĐÂY (Chọn một ô):**Các lần thăm khám riêng lẻ.** Vui lòng đánh dấu chọn ô Tóm tắt ngày thăm khám hoặc toàn bộ ngày thăm khám. Phần tiết lộ bao gồm một:

- ☐ **Tóm tắt ngày thăm khám.** Bao gồm các thành phần quan trọng của (các) ngày thăm khám cụ thể bao gồm: báo cáo, xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm, chụp x-quang, EKG, PFT, danh sách đối chiếu thuốc, các loại dị ứng và báo cáo của bác sĩ). Bản tóm tắt bao gồm các thông tin thường được yêu cầu nhiều nhất và ít tiền hơn.
☐ **Toàn bộ ngày thăm khám.** Bao gồm bất kỳ và mọi hồ sơ liên quan đến (các) ngày thăm khám cụ thể. Vui lòng bao gồm cả ngày làm dịch vụ.

Các ngày từ: _____ đến: _____

Các dịch vụ cụ thể. Nếu bạn muốn CHỈ nhận (các) bản dịch vụ cụ thể, vui lòng CHỈ chọn (các) loại báo cáo mà bạn yêu cầu và cung cấp ngày/khoảng thời gian (khi cung cấp dịch vụ) trên dòng dưới đây.

Các ngày từ : _____ đến: _____

- | | |
|---|---|
| ☐ Tư vấn | ☐ (Các) báo cáo bệnh học |
| ☐ Tóm tắt xuất viện | ☐ (Các) báo cáo x-quang |
| ☐ Hồ sơ ghi chép dịch vụ cấp cứu | ☐ (Các) hình ảnh X quang |
| ☐ Hồ sơ chủng ngừa | ☐ Phục hồi chức năng: Vật lý trị liệu, Hoạt động trị liệu, Ngôn ngữ trị liệu |
| ☐ Báo cáo xét nghiệm (xét nghiệm máu) | ☐ Khác (nêu rõ): _____ |
| ☐ Ghi chú của văn phòng/phòng khám _____ | ☐ Khác (nêu rõ): _____ |
| ☐ báo cáo giải phẫu/thủ thuật | ☐ Khác (nêu rõ): _____ |

ĐƯỢC BẢO VỆ THEO LUẬT PHÁP TIỂU BANG HOẶC LIÊN BANG

Tôi hiểu rằng hồ sơ sức khỏe của tôi có thể bao gồm những thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần, rối loạn sử dụng rượu/chất gây nghiện, tấn công tình dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, phá thai, xét nghiệm di truyền học, HIV/AIDS, bạo hành gia đình, hoặc thông tin khác mà tôi có thể cho là thông tin nhạy cảm. Quý vị phải ký tắt vào kế bên các loại nội dung dưới đây hoặc thông tin đó sẽ **KHÔNG** được tiết lộ.,

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Phá thai - Mẫu đồng ý hoặc Lệnh của tòa án- | ☐ Kết quả xét nghiệm sàng lọc di truyền | ☐ Tư vấn về tấn công tình dục |
| ☐ Tư vấn về bạo hành gia đình | ☐ Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS | ☐ Bệnh lây truyền qua đường tình dục |
| ☐ Chi tiết về chẩn đoán sức khỏe tâm thần và/hoặc điều trị được thực hiện bởi Chuyên gia tâm lý, Chuyên gia tâm thần, Y tá chuyên khoa lâm sàng về sức khỏe tâm thần, Nhà tư vấn về sức khỏe tâm thần được cấp phép và Nhân viên xã hội được cấp phép | | |
| ☐ Rối loạn sử dụng rượu/chất gây nghiện | | |

TÔI HIỂU RẰNG:

- Sự cho phép này là tự nguyện. Tôi không phải ký tên để đảm bảo được điều trị trừ khi mục đích duy nhất của việc điều trị là cung cấp thông tin cho bên thứ ba (ví dụ: bác sĩ tuyến dụng).
- Theo Thông báo chung về việc thực thi thông tin, tôi có quyền kiểm tra hoặc yêu cầu bản sao các hồ sơ bệnh án của tôi. Tôi phải được thu xếp để kiểm tra tại chỗ hồ sơ bệnh án của tôi; vui lòng liên hệ Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế (thông tin dưới đây).
- Bất kỳ tiết lộ nào đều có khả năng tiết lộ lại không được ủy quyền. Tôi miễn cho UMass Memorial Health Care và các đơn vị của họ khỏi bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào có thể phát sinh từ việc tiết lộ hoặc tiết lộ lại thông tin này.
- Tôi có quyền hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách cung cấp văn bản yêu cầu cho Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế tại địa chỉ dưới đây. Việc hủy bỏ không áp dụng đối với thông tin đã được tiết lộ theo sự cho phép này. Việc hủy bỏ không áp dụng đối với công ty bảo hiểm của tôi khi luật pháp cho phép công ty bảo hiểm của tôi có quyền nghi ngờ yêu cầu thanh toán bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm của tôi.
- Hồ sơ về rối loạn rượu/dược chất của tôi có thể được bảo vệ theo các quy định của Liên bang chi phối việc Bảo mật Hồ sơ bệnh án lạm dụng rượu và thuốc của bệnh nhân, 42 CFR Phần 2, và không được tiết lộ mà không có văn bản đồng ý của tôi trừ khi có quy định khác. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ sự đồng ý này vào bất kỳ lúc nào trừ trong phạm vi hành động đã được thực hiện dựa theo đó, và trong bất kỳ trường hợp này, sự đồng ý này sẽ hết hạn như được nêu trong phần "Hết hạn cho phép" trong mẫu dưới đây. (Nếu bạn không biết liệu điều này có áp dụng đối với hồ sơ của bạn không, vui lòng liên hệ văn phòng bác sĩ của bạn hoặc Đường dây nóng về quyền riêng tư theo số 508-334-5551).

HẾT HẠN CHO PHÉP:

Trừ khi được hủy bỏ, sự cho phép này sẽ hết hạn vào ngày, trong điều kiện hoặc trường hợp sau đây: _____
Nếu tôi không nêu rõ ngày, trường hợp hoặc điều kiện hết hạn, thì sự cho phép này sẽ có hiệu lực không quá chín mươi (90) ngày kể từ ngày ký tên dưới đây, trừ khi quy định của Liên bang và/hoặc Tiểu bang quy định khác. Trong những trường hợp đó, thời gian ngắn hơn sẽ áp dụng.

Hình thức nhận hồ sơ bệnh án yêu cầu
Các bản sao thường được cung cấp trong vòng 10 ngày làm việc tùy theo hồ sơ yêu cầu.

CHỌN MỘT TRONG NHỮNG TÙY CHỌN DƯỚI ĐÂY:

TRỰC TIẾP NHẬN	QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN	CÔNG THÔNG TIN DÀNH CHO BỆNH NHÂN*	Qua gửi FAX	Qua thư điện tử
☐ Bản in giấy ☐ Đĩa CD ☐ Ổ đĩa cứng Location: _____	☐ Bản in giấy ☐ Đĩa CD ☐ Ổ Flash USB *Trên 100 trang sẽ mặc định cho ổ đĩa CD*	☐ *Khi có sẵn và chỉ khi bệnh nhân kích hoạt tài khoản của mình	☐ Số Fax: _____ Giới hạn 50 trang	☐ Địa chỉ thư điện tử: _____

CHI PHÍ BẢN SAO: Theo đuổi luật HIPAA 45 CFR, 164.524, chúng tôi giữ quyền thu chi phí dựa trên giá cả phù hợp để phát hành và gửi qua đường bưu điện bản sao các văn bản. Chi phí dựa trên giá cả này không bao giờ vượt quá luật của bang Massachusetts (MGL chương 111; Đoạn 70).

* Nếu bạn muốn có người khác không phải bạn (bệnh nhân) đến lấy hồ sơ bệnh án, vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ của họ:

Tên: _____ : Mối quan hệ: _____

**** Cần phải có ID có hình khi đến lấy các bản hồ sơ bệnh án.****

Tôi đã hoàn thành tất cả các phần trong biểu mẫu này. Tôi đã đọc và hiểu rõ nội dung nói trên, và cho phép tiết lộ thông tin yêu cầu ở mặt sau của biểu mẫu này.

Chữ ký của bệnh nhân/cha/mẹ/người đại diện pháp lý* Tên viết chữ in hoa Ngày tháng

Quan hệ của người ký với bệnh nhân: _____

Nếu ký tên là người đại diện pháp lý, cũng cung cấp giấy tờ thích hợp để hỗ trợ tình trạng mối quan hệ.

Nếu bạn có câu hỏi thắc mắc, vui lòng liên hệ cơ sở thích hợp dưới đây hoặc cơ sở y tế mà bạn được chăm sóc..

UMass Memorial Health C/O Health Information Management 67 Millbrook Street, Suite 200 Worcester, MA 01606 Tel 508-334-5700 opt. 1 Fax 508-334-9717	UMass Memorial Medical Group C/O Community Practices 367 Plantation Street Worcester, MA 01605 Tel 508-334-1438 Fax 508-334-1448	UMass Memorial-Community Healthlink C/O Compliance Department 72 Jaques Avenue Worcester, MA 01610 Tel 508-860-1016 Fax 508-752-1379
---	--	--

**** Phải cung cấp một bản cho phép hoàn chỉnh cho bệnh nhân.****