



CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

***** VUI LÒNG ĐỌC VÀ HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC MỤC *****

Vui lòng dùng Mẫu #14014 để

Cho Phép Tiết Lộ Hồ Sơ Điều Trị Tình Trạng Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện

Tên Bệnh Nhân: _____ Biệt Danh/Tên C: _____

Ngày Sinh: _____ 4 Số Cuối Của Số An Sinh Xã Hội: _____ Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____
Đường Phố _____ Thành Phố/Thị Trấn _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Tôi cho phép sử dụng/tiết lộ thông tin sức khỏe về tôi như được mô tả dưới đây:

☐ Nhận từ

Nhận từ: _____
(Bệnh Viện/Phòng Khám/Dịch Vụ Nào)

☐ Tiết lộ cho: _____
(Phát hành cho Tổ Chức/Phòng Khám Nào/Cho Ai)

Địa Chỉ: _____ Địa Chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Điện Thoại: _____

Số Fax: _____ Số Fax: _____

Địa Chỉ Email: _____

Hãy chia sẻ thông tin sau từ hồ sơ y tế của tôi:

Từ: _____ Đến: _____
(Vui Lòng Ghi Rõ Ngày Nhận Dịch Vụ)

☐ Tóm Tắt Hồ Sơ Bệnh Viện Và/Hoặc Nhóm Y Tế:

Tiền Sử & Thể Chất, Ghi Chú Của Bác Sĩ Khoa Cấp Cứu, Tóm Tắt Xuất Viện, Báo Cáo Tư Vấn, Ghi Chú Về Sức Khỏe Tâm Thần, Báo Cáo Phẫu Thuật & Thủ Thuật, Ghi Chú Khám Bệnh, Đánh Giá Tâm Thần và/hoặc Tâm Lý, Báo Cáo Xét Nghiệm, Báo Cáo Hình Ảnh và mọi Nghiên Cứu Chẩn Đoán nào khác, v.v.

☐ Kết Quả Xét Nghiệm Chẩn Đoán (vui lòng ghi rõ): _____

☐ Hình Ảnh (vui lòng chọn một dạng thức): ☐ CD và Báo Cáo ☐ Chi Báo Cáo

☐ Bảng Sao Kê Thanh Toán

☐ Hồ Sơ Y Tế Đầy Đủ Hoặc Tài Liệu Khác (vui lòng ghi rõ): _____

Với mục đích:

☐ Chăm Sóc Y Tế Bổ Sung ☐ Cá Nhân ☐ Bảo Hiểm ☐ Pháp Lý ☐ Khác: _____

Tôi muốn người nhận được liệt kê ở trên trong phần “Tiết lộ cho” nhận thông tin này qua (vui lòng chọn một):

☐ Giấy ☐ CD ☐ Fax ☐ Email

- Sẽ có thông báo qua email kèm theo hướng dẫn về việc lấy hồ sơ theo yêu cầu từ cổng thông tin bảo mật. Những hồ sơ này sẽ chỉ có sẵn dưới dạng tài liệu PDF trên cổng thông tin bảo mật trong 30 ngày kể từ ngày nhận được Thông Báo Về Tính Khả Dụng qua email.

Giấy Ủy Quyền này bao gồm việc phát hành mọi hồ sơ được xác định bên dưới trừ khi tôi chọn KHÔNG tiết lộ hồ sơ đó. Việc đánh dấu vào ô hay không đánh dấu vào ô không phải là dấu hiệu cho thấy thông tin đó tồn tại. Các thông tin KHÔNG được tiết lộ:

☐ Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi

Tôi hiểu rằng các hồ sơ tôi đã chọn để công bố có thể chứa thông tin về việc điều trị và xét nghiệm liên quan đến di truyền, sức khỏe hành vi, HIV/AIDS, chăm sóc sức khỏe sinh sản và rối loạn sử dụng chất gây nghiện (ví dụ: từ các lần khám chăm sóc sức khỏe ban đầu) và bằng cách ký vào giấy ủy quyền này, tôi đồng ý công bố thông tin đó. Tôi có thể lựa chọn và có quyền yêu cầu hồ sơ của mình được chuyển trực tiếp cho tôi để tôi có thể xem xét và kiểm tra tài liệu, bao gồm cả thông tin nhạy cảm mà tôi không muốn tiết lộ cho bên thứ ba.



CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE
(AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE HEALTH INFORMATION)

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có thể phải trả phí cho việc sao chép hồ sơ sức khỏe của mình do các bước thủ tục và quy định liên quan đến quá trình công bố thông tin. Tất cả các khoản phí được quy định bởi luật tiểu bang và liên bang, cũng như được cập nhật hàng năm bởi Cơ Quan Lập Pháp Tiểu Bang Pennsylvania.
- Tôi có thể từ chối ký giấy ủy quyền này và việc từ chối ký sẽ không ảnh hưởng đến khả năng được tiếp nhận điều trị của tôi. Tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép mọi thông tin được dùng/tiết lộ theo giấy ủy quyền này.
- Thông tin được tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại và sẽ không còn được bảo vệ theo các điều khoản của giấy ủy quyền này. Tuy nhiên, một số hồ sơ nhất định (được bảo vệ) có thể không được tiết lộ lại theo luật và quy định của tiểu bang Pennsylvania và/hoặc các quy tắc bảo mật của Liên Bang.
- Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào. Nếu tôi quyết định thu hồi giấy ủy quyền này, tôi phải xuất trình văn bản thu hồi của mình cho Văn Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế – Phát Hành Thông Tin. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho thông tin đã được công bố để đáp ứng với giấy ủy quyền này.
- Tài liệu này cho phép công bố thông tin được nhập vào hồ sơ y tế của tôi trước hoặc trong vòng 12 tháng sau ngày tôi ký. Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký.
- Giấy ủy quyền này sẽ không được chấp nhận trừ khi được hoàn thành toàn bộ. Một bản sao của biểu mẫu này sẽ được chấp nhận thay cho bản gốc.

Chữ ký của tôi xác nhận rằng người đại diện của tôi hoặc tôi đã nhận được một bản sao của tài liệu này, rằng tôi đã đọc và hiểu nội dung của giấy ủy quyền này và tự nguyện đồng ý tiết lộ thông tin.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Đại Diện *

Ngày

Tên Viết In Hoa Của Người Đại Diện Và Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân *

Chữ Ký Của Nhân Chứng

Ngày

Tên Viết In Hoa Của Nhân Chứng

* Người đại diện cá nhân là người, theo luật hiện hành, có thẩm quyền hành động thay mặt cho bệnh nhân hoặc người đã khuất.
Tài liệu pháp lý có thể được yêu cầu.

To comply with the PA Mental Health Procedures Act:

THIS PORTION TO BE COMPLETED WHEN A PATIENT/REPRESENTATIVE IS PHYSICALLY UNABLE TO PROVIDE A SIGNATURE:

We, the undersigned, do verify that the above Authorization has been read to the patient and that he/she understands the nature of the release and freely gives his/her verbal consent for the release of the above information.

Verbal consent requires the signatures of two witnesses:

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

Signature of Witness

Date

Print Name of Witness

VUI LÒNG GỬI THƯ HOẶC FAX BIỂU MẪU NÀY ĐẾN:

WellSpan Health

Quản Lý Thông Tin Sức Khỏe – Phát Hành Thông Tin

1135 Edgar Street, Suite 101

York, PA 17403

Số fax: (717) 812-8119

Email: PatientRequests@wellspan.org

***** QUAN TRỌNG: Vui lòng gửi bản sao hồ sơ y tế trực tiếp cho phòng khám hoặc bác sĩ yêu cầu. *****

Yêu cầu thông tin sức khỏe và hóa đơn được xử lý bởi: MRO CORPORATION (610) 994-7500 Phím 1

