



Bệnh Viện Carney

Yêu Cầu / Sự Cho Phép của Bệnh Nhân Để Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Hồ Sơ Y Tế # _____

Theo đây tôi cho phép **Bệnh Viện Carney** sử dụng và/hoặc tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ được cho biết bên dưới từ hồ sơ y tế của tôi:

1) TÊN BỆNH NHÂN: (Vui Lòng Viết In) _____ Ngày Sinh: _____				
Địa chỉ: _____				
Đường	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip	
(Các) Số Điện Thoại Liên Lạc: _____				
Email: (nếu phù hợp) _____				
2) THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ CHO:				
Tên Người hoặc Cơ Sở (Vui lòng viết in)				Fax # _____
Địa chỉ (Vui lòng viết in)				Điện thoại # _____
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip		
Email: (nếu phù hợp)				

3) Phương Thức Cung Cấp Ưu Tiên –

- Email
 Gửi Thư đến địa chỉ ở # 2 bên trên
 Nhận Trực Tiếp

4) Ngày Điều Trị Từ: _____ Đến: _____

5) (CÁC) HỒ SƠ/BÁO CÁO CỤ THỂ SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quá Trình Nhập Viện và Thông Tin Thể Chất | <input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm | <input type="checkbox"/> Các Dịch Vụ Phục Hồi (PT, OT, Âm Ngữ) |
| <input type="checkbox"/> Tóm Tắt Xuất Viện | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Hình Ảnh (Cho Phép CT, X Quang, MRI) | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng cho biết cụ thể) |
| <input type="checkbox"/> Hội chẩn | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Bệnh Học | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cấp cứu | <input type="checkbox"/> Ghi Chép Phẫu Thuật | _____ |
| <input type="checkbox"/> Báo Cáo EKG | | |

6) TIẾT LỘ HẠN CHẾ: Chúng tôi sẽ **không** tiết lộ các tài liệu sau đây **trừ phi** quý vị chọn hộp này và cung cấp thêm chữ ký:

Tiết lộ	Chữ ký	Tiết lộ	Chữ ký
<input type="checkbox"/> Tài Liệu của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi*		<input type="checkbox"/> Xét Nghiệm/Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền*	
<input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm Sàng Lọc HIV/AIDS		<input type="checkbox"/> Điều Trị*** Lạm Dụng Rượu*** và/hoặc <input type="checkbox"/> Lạm Dụng Dược Chất	
<input type="checkbox"/> Thông Tin Liên Lạc Bảo Mật với Công Tác Viên Xã Hội		<input type="checkbox"/> Tiết lộ	
<input type="checkbox"/> Tư Vấn cho Nạn Nhân Bị Cưỡng Hiếp/Xâm Hại Tình Dục		<input type="checkbox"/> Xét Nghiệm/Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền*	
<input type="checkbox"/> Bệnh Lây Qua Đường Tình Dục			

* Sự cho phép này không có giá trị để sử dụng hoặc tiết lộ các ghi chép trị liệu tâm lý.

** Thuật ngữ "xét nghiệm di truyền" có nghĩa là chỉ những xét nghiệm nào xác định khả năng mắc bệnh trong tương lai của quý vị, không phải xét nghiệm được thực hiện để chẩn đoán tình trạng bệnh hoặc vấn đề hiện tại.

*** Chỉ áp dụng cho các hồ sơ được tạo lập bởi một "cá nhân hoặc tổ chức tự nhận là cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu để điều trị tình trạng lạm dụng rượu hoặc ma túy." (42 CFR Phần 2) Không yêu cầu đối với các hồ sơ được tạo lập hoặc duy trì bởi một cơ sở y tế tổng quát.

QUAN TRỌNG: GIẤY CHO PHÉP NÀY KHÔNG CÓ GIÁ TRỊ TRỪ PHI TẤT CẢ CÁC MỤC ÁP DỤNG ĐƯỢC ĐIỀN VÀ MẪU ĐƠN ĐƯỢC KÝ Ở TRANG 2





Bệnh Viện Carney

Yêu Cầu / Sự Cho Phép của Bệnh Nhân Để Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

7) YÊU CẦU LOẠI TRỪ:

Tôi yêu cầu (các) trường hợp nhập viện / thăm khám sau đây được loại trừ cụ thể khỏi yêu cầu này _____ (cho biết ngày cung cấp dịch vụ)

8) MỤC ĐÍCH TIẾT LỘ:

Chăm Sóc Y Tế Pháp Lý Bảo Hiểm Cá Nhân Khác _____

*có thể áp dụng các khoản phí

9) THỜI HẠN:

Giấy Cho Phép này sẽ có hiệu lực trong một năm hoặc:

- Cho đến khi **Bệnh Viện Carney** đáp ứng yêu cầu này.
 Từ ngày có Giấy Cho Phép này cho đến ngày _____ / _____ 20_____
 Cho đến khi sự kiện sau đây xuất hiện: _____
 Khác: _____

10) THU HỒI: Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi Giấy Cho Phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách yêu cầu bằng văn bản gửi cho **Bệnh Viện Carney** tại địa chỉ được liệt kê bên dưới. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay sau khi **Bệnh Viện Carney** nhận được thông báo bằng văn bản của tôi. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến bất kỳ hành động nào của **Bệnh Viện Carney** dựa trên Giấy Cho Phép này trước khi nhận được thông báo bằng văn bản của tôi về việc thu hồi

Attention Health Information Management

Carney Hospital

2100 Dorchester Ave.
Dorchester, MA 02124
617-296-4000

11) ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐIỀU TRỊ/THANH TOÁN/GHI DANH/ĐIỀU KIỆN NHẬN DỊCH VỤ: Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối Giấy Cho Phép này vì bất kỳ lý do gì và sự từ chối như thế sẽ không ảnh hưởng đến việc bắt đầu, tiếp tục hay chất lượng điều trị của tôi, thanh toán, ghi danh chương trình bảo hiểm sức khỏe hay điều kiện nhận phúc lợi tại **Bệnh Viện Carney**.

12) KHẢ NĂNG TÁI TIẾT LỘ: Tôi hiểu rằng người nhận được Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi có thể không bị yêu cầu tuân thủ các điều luật về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang, và Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi có thể không còn được bảo vệ bởi luật liên bang và tiểu bang hiện hành nữa sau khi nó đã được **Bệnh Viện Carney** tiết lộ.

13 TIẾP CẬN: Tôi hiểu rằng trong các trường hợp nhất định, **Bệnh Viện Carney** có quyền từ chối tôi tiếp cận tất cả hoặc các phần của Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi và **Bệnh Viện Carney** sẽ thông báo cho tôi bằng văn bản về bất kỳ sự từ chối nào như thế.

Tôi đã đọc và hiểu các điều khoản của Giấy Cho Phép này và tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi về việc sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Bằng chữ ký của tôi bên dưới, theo đây tôi, có chủ đích và tự nguyện, cho phép **Bệnh Viện Carney** sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi theo cách được mô tả bên trên.

14) _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân

Ngày

Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng:

Xác Minh ID _____

Tên Viết In của Bệnh Nhân

Người Làm Chứng

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền của bệnh nhân: Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc không thể ký tên vào Giấy Cho Phép này:

15) _____

Chữ Ký của Người Đại Diện Cá Nhân

Ngày

Tên Viết In của Người Đại Diện Cá Nhân

Mối quan hệ với bệnh nhân hoặc thẩm quyền thay mặt cho bệnh nhân

Nên gửi các câu hỏi về giấy cho phép này cho Giám Đốc HIM của bệnh viện.

Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng:

- Bản sao của giấy cho phép này được cấp cho bệnh nhân
 Bản sao của giấy cho phép này được cấp cho người đại diện cá nhân

QUAN TRỌNG: GIẤY CHO PHÉP NÀY KHÔNG CÓ GIÁ TRỊ TRỪ PHI TẤT CẢ CÁC MỤC ÁP DỤNG ĐƯỢC ĐIỀN VÀ MẪU ĐƠN ĐƯỢC KÝ Ở TRANG 2

Chữ Ký của Nhân Viên Điền Yêu Cầu

Tên Viết In

Ngày

Giờ



* S C A - R O I *

Giấy Cho Phép Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (HIM 44)

CAS_ROI_14000 03/2023 Trang 2 / 2 Hồ Sơ Y Tế Gốc