Nashoba Valley Medical Center
A STEWARD FAMILY HOSPITAL
200 Groton Road
Ayer, MA 01432
Steward

Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley
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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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)

_____
Địa chỉ (Vui lòng viết in) Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip

_____
Email: (nếu phù hợp)

Fax #_____

Điện thoại #_____

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:

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

_____
_____

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

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

Nashoba Valley Medical Center
A STEWARD FAMILY HOSPITAL
200 Groton Road
Ayer, MA 01432

Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley
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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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 **Trung Tâ Y Tế Nashoba Valley** tại địa chỉ được liệt kê bên dưới. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay sau khi **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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
Nashoba Valley Medical Center
200 Groton Road
Ayer, MA 01432
978-784-9000

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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley.**

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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** tiết lộ.

13) TIẾP CẬN: Tôi hiểu rằng trong các trường hợp nhất định, **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** có quyền từ chối tôi tiếp cận tất cả hoặc các phần của Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi và **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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 **Trung Tâm Y Tế Nashoba Valley** 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

_____
Tên Viết In của Bệnh Nhân — Người Làm Chứng

Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng:
❑ Xác Minh ID_____

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