

ĐƠN ỦY QUYỀN & TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO MẬT



PHẦN DÀNH RIÊNG CHO NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG	PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN				
CERT #	Tên Họ Của Bệnh Nhân		Tên Gọi Của Bệnh Nhân		Tên Lót
	Tên Khác Được Dùng		Ngày Sinh	Số ASXH (4 Số Cuối)	Số MRN (Nếu biết)
	Email:			Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng	
	Địa Chỉ		Thành Phố	Tiểu Bang	Bưu Mã

PHẦN 2: THÔNG TIN CÓ THỂ LIÊN QUAN		<input type="checkbox"/> Kiểm tra xem có giống như trên không	
Tên Cá Nhân hoặc Cơ Quan		Địa Chỉ	
Chỉ Định Tổng Quát (For 42 CFR Programs only)			
Thành Phố	Tiểu Bang	Tiểu Bang	Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng

PHẦN 3: MỤC ĐÍCH XỬ DỤNG CỦA ỦY QUYỀN NÀY			
<input type="checkbox"/> Bệnh Nhân Yêu Cầu	<input type="checkbox"/> Chăm Sóc/Điều Trị Y Tế Tiếp Nối	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm	<input type="checkbox"/> Pháp Lý
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Người Tàn Tật	<input type="checkbox"/> Mục Đích Khác:		

PHẦN 4: NHỮNG THÔNG TIN CÓ THỂ ĐƯỢC CÔNG BỐ	
(Cần có các bước 1, 3 và 4. Hoàn thành bước 2 để biết cụ thể)	

Bước 1. Chỉ chọn một : Hồ sơ bệnh án Tóm tắt điều trị

Bước 2. Chọn loại hồ sơ được cung cấp :

<input type="checkbox"/> Sức khỏe gia đình	<input type="checkbox"/> Điều Trị STD	<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Trẻ Em California (CCS)
<input type="checkbox"/> Kết quả/ Phim X-quang	<input type="checkbox"/> Phổi	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> AMM/MSN/MSI	<input type="checkbox"/> Răng	<input type="checkbox"/> Thông Tin Khác:
<input type="checkbox"/> Chích ngừa		

Yêu cầu quý vị viết tắt tên và thời hạn của những hồ sơ dưới đây sẽ được xử dụng hoặc công bố những thông tin có tính nhạy cảm:

<input type="checkbox"/>	Hồ Sơ Điều Trị Lạm Dụng Rượu và Ma Tuý **	Từ Ngày:	Đến Ngày:
<input type="checkbox"/>	Sức Khỏe Tâm Thân	Từ Ngày:	Đến Ngày:
<input type="checkbox"/>	Thử Nghiệm và Kết Quả HIV/AIDS	Từ Ngày:	Đến Ngày:

Bước 3. (Các) phòng khám nơi nhận các dịch vụ:

Bước 4. Mong muốn được nhận: Gửi qua thư điện tử Gửi qua thư Đến lấy

XIN VUI LÒNG XEM LẠI

Tôi đã đọc nội dung của đơn này. Tôi hiểu, đồng ý và cho phép Quận Cam xử dụng và tiết lộ thông tin của tôi như tôi đã nêu ở trên. Tôi cũng hiểu rằng việc ký vào đơn này là tự nguyện và việc điều trị, thanh toán chi phí hoặc điều kiện nhận trợ cấp sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào giấy ủy quyền này. Tôi có quyền rút lại sự ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng văn bản thông báo gửi cho Văn Phòng Lục Sự. Việc thu hồi sẽ có tác dụng đối với các tiết lộ mà Phòng Lục Sự đã thực hiện khi còn được ủy quyền. Thông tin được tiết lộ theo ủy quyền này có thể được tái tiết lộ bởi người nhận và không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư liên bang (HIPAA). Luật tiểu bang hoặc luật liên bang khác có liên quan có thể yêu cầu người nhận phải được sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi tiết lộ lại thông tin, trừ trường hợp những luật đó cho phép. Tôi được nhận một bản sao của đơn này. Lệ phí có thể áp dụng cho một số yêu cầu. Bản sao của giấy ủy quyền nguyên thủy cũng được hợp lệ.

PHẦN 5: Chữ Ký Của Bệnh Nhân hoặc Của Người Đại Diện Hợp Pháp Được Chỉ Định	PHẦN 6: Ngày Ký
X	
Người Đại Diện Hợp Pháp (tên đầy đủ viết chữ in)	Mối liên hệ pháp lý với bệnh nhân

**** LƯU Ý VỀ THÔNG TIN LẠM DỤNG RƯỢU VÀ MA TUÝ**

42 CFR phần 2 cấm tiết lộ trái phép những hồ sơ này.

Xin gửi lại đơn đã hoàn tất cho: HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 180
Santa Ana, CA 92701 • Phone (714) 834-3536 • Website: <http://ochealthinfo.com/records> • COR@ochca.com