

THÔNG CÁO VIỆC THỰC THI QUYỀN RIÊNG TƯ

Bản Xác Nhận Đã Nhận Được Thông Báo

BẢN XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC THÔNG BÁO

Tôi hiểu rằng Thông báo về Thực Thi Quyền Riêng Tư cung cấp thông tin về cách Quận Cam có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị và cách tôi có thể truy cập và thực hiện các quyền của mình liên quan đến thông tin y tế của tôi.

Trừ khi được pháp luật yêu cầu hoặc được chỉ định trong trường hợp ngoại lệ chặn thông tin, Cơ Quan Y Tế Quận Cam không tham gia vào các hoạt động gây trở ngại cho việc truy cập, trao đổi hoặc sử dụng thông tin sức khỏe điện tử của quý vị.

Thông Báo về Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư của chúng tôi có thể thay đổi. Nếu chúng tôi thay đổi thông báo, quý vị có thể nhận bản sao thông báo đã sửa đổi bằng cách truy cập

<http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp> hoặc liên lạc với Văn Phòng Tuân Thủ theo số (714) 568-5614 hoặc Viên Chức Văn Phòng Bảo Vệ Quyền Riêng Tư theo số (714) 834-4082.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư của chúng tôi, vui lòng liên lạc với Văn Phòng Tuân Thủ theo số (714) 568-5614 hoặc Viên Chức Văn Phòng Bảo Vệ Quyền Riêng Tư theo số (714) 834-4082.

Tôi xác nhận đã nhận được bản *Thông Báo Việc Thực Thi Quyền Riêng Tư* của Quận Cam.

Tên Họ: _____ Ngày: _____

Chữ ký: _____
(bệnh nhân/cha mẹ/người giám hộ)

Nếu quý vị không phải là thân chủ nhưng ký thay mặt cho thân chủ, hãy hoàn thành các bước sau:

Tên Người Đại Diện Cá Nhân Của Thân Chủ: _____

Mối Quan Hệ Với Thân Chủ: _____

CHỌN THAM GIA Trao Đổi Thông Tin Sức Khỏe (trừ khi luật pháp yêu cầu tiết lộ)

Trao Đổi Thông Tin Y Tế (HIE) cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin của quý vị dưới dạng điện tử với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác bên ngoài cơ sở của chúng tôi, những người đang tham gia chăm sóc quý vị. Nếu quý vị muốn tham gia quy trình này, chúng tôi sẽ chia sẻ thông tin của quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ tham gia khi cần thiết cho việc điều trị. Nếu quý vị muốn từ chối tham gia quy trình này bất cứ lúc nào sau khi đã chọn tham gia, vui lòng liên lạc với nhà cung cấp của quý vị.

Chữ viết tắt của thân chủ/người đại diện thân chủ phải được điền vào ô bên dưới nếu quý vị chọn tham gia.

☐	Bệnh Nhân/Thân Chủ đã chọn THAM GIA .
--------------------------	--

If the client has elected to opt-in to the HIE, the Authorization to Use and Disclose (ATD) is required to be completed to share PHI in the HIE.

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if signature is not obtained. Please check the box that best applies.

☐

Declined to sign

☐

Other reason. Please describe the good faith efforts made to obtain the patient's/client's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained below:

Print Name: _____ Date: _____

Signature: _____
(County Clinic/Office Staff)