



**YÊU CẦU TIẾT LỘ THÔNG TIN TRONG HỒ SƠ Y TẾ
TÔI YÊU CẦU/CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN TỪ HỒ SƠ Y TẾ**

Tổ chức hoặc Cá nhân: _____	CỬA TÔI CHO: BỆNH VIỆN O'CONNOR 2105 FOREST AVE SAN JOSE, CA 95128 <input type="checkbox"/> HỒ SƠ Y TẾ <input type="checkbox"/> KHOA X-QUANG <input type="checkbox"/> KHÁC
Địa chỉ _____	
Điện thoại _____	
Fax _____	

Thông tin Nhận diện Bệnh nhân

Tên viết bằng Chữ in: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Email: _____ Điện thoại: _____

Thông tin Được Tiết lộ: **Thư** **CD** **nhận hồ sơ** **Kiểm duyệt**

Ngày điều trị: _____

Vui lòng đánh dấu loại thông tin được tiết lộ:

<input type="checkbox"/> Tóm lược Thông tin Xuất viện	<input type="checkbox"/> Hồ sơ Phòng Cấp cứu
<input type="checkbox"/> Tiền sử và khám lâm sàng	<input type="checkbox"/> Ghi chú tiến bộ
<input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm	<input type="checkbox"/> Hình ảnh X-quang <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Bản sao
<input type="checkbox"/> Báo cáo tư vấn	<input type="checkbox"/> X-quang / CT / MRI / ULT / Báo cáo NM
<input type="checkbox"/> Báo cáo phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Hồ sơ y tế đầy đủ (từng trang)
<input type="checkbox"/> Điện tâm đồ/Siêu âm (EKG / Echo)	<input type="checkbox"/> Điều trị cai nghiện rượu/ma túy/tâm thần

** Xem trang kế tiếp để xác nhận thêm về yêu cầu tiết lộ

Khác, (ghi rõ) _____

Mục đích Yêu cầu

<input type="checkbox"/> Điều trị hoặc tư vấn	Theo yêu cầu của bệnh nhân. Có tính phí cho dịch vụ này. \$,25/trang cộng thuế
---	---

Khác, (ghi rõ) _____

Xem trang kế tiếp

Giới hạn Thời gian & Quyền Thu hồi Giấy ủy quyền

Trừ những hành động đã thực hiện theo giấy ủy quyền này, bất cứ lúc nào tôi cũng có thể thu hồi giấy ủy quyền này bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho Nhân viên Văn thư, Phòng Hồ sơ Y tế của cơ sở. Trừ khi được thu hồi, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày hoặc trong trường hợp sau đây

_____ hoặc một năm kể từ ngày ký, trừ khi có quy định khác.

Tái tiết lộ

Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể được tái tiết lộ bởi người nhận và không còn được bảo vệ theo Đạo luật Chuyển đổi và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 nữa. Cơ sở này, nhân viên, viên chức và bác sĩ của họ, bằng phương tiện này, được miễn trừ trách nhiệm hoặc trách nhiệm pháp lý về việc tiết lộ thông tin nói trên với mức độ được nêu rõ và cho phép trong tài liệu này.

Tiết lộ Hồ sơ về Lạm dụng Ma túy và/hoặc Rượu, và/hoặc Tâm thần, và/hoặc HIV/AIDS

Tôi hiểu rằng nếu hồ sơ y tế hoặc hóa đơn của tôi chứa thông tin về lạm dụng ma túy và/hoặc rượu, chăm sóc sức khỏe tâm thần, bệnh lây truyền qua đường tình dục, xét nghiệm Viêm gan B hoặc C, và/hoặc những thông tin nhạy cảm khác, tôi đồng ý cho tiết lộ.

Đánh dấu Một: Có _____ (tên viết tắt) Không _____ (tên viết tắt)

Tôi hiểu rằng nếu hồ sơ y tế hoặc hóa đơn của tôi chứa thông tin về xét nghiệm và/hoặc điều trị HIV/AIDS (Vi rút gây Suy giảm Miễn dịch Người/Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải), tôi đồng ý cho tiết lộ.

Đánh dấu Một: Có _____ (tên viết tắt) Không _____ (tên viết tắt)

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người đại diện Có thể Yêu cầu Tiết lộ

Tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép thông tin sức khỏe được bảo vệ được sử dụng hoặc tiết lộ. **Tôi cho phép Bệnh viện O'Connor** sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ đã nói trên.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Tên viết bằng Chữ in: _____

Ký thay nếu không phải là bệnh nhân: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____

Nhận diện Người yêu cầu Xác minh qua: Hình Căn cước So sánh Chữ ký

Khác, ghi rõ _____ Xác minh: bởi: _____