



C S 0,0 2 0

**GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN VỀ  
HỒ SƠ Y KHOA  
(MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION  
FOR DISCLOSURE OF INFORMATION)**

**Please mark where records are being disclosed from:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alegent Creighton Clinic                              | <input type="checkbox"/> Bergan Mercy Medical Center | <input type="checkbox"/> Community Memorial Hospital, MV | <input type="checkbox"/> Creighton University Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Immanuel Medical Center                               | <input type="checkbox"/> Lakeside Hospital           | <input type="checkbox"/> Memorial Hospital, Schuyler     | <input type="checkbox"/> Mercy Hospital, Corning             |
| <input type="checkbox"/> Mercy Hospital, Council Bluffs                        | <input type="checkbox"/> Midlands Hospital           | <input type="checkbox"/> Plainview Hospital              | <input type="checkbox"/> Psychiatric Associates              |
| <input type="checkbox"/> Other _____ Contact number at Facility if known _____ |  |  |  |

Bảng giấy này tôi cho phép Cơ Sở (các Cơ Sở) được đánh dấu trên đây tiết lộ thông tin sau từ trong hồ sơ của :

Tên Bệnh nhân	Số Bệnh nhân
Địa chỉ	Ngày sinh
Thành phố/Tiểu bang/ZIP + 4	Điện thoại ( )

**Một nhân viên quản thủ hồ sơ y khoa hợp pháp của cơ sở hoặc người (những người) được nhận dạng là có trách nhiệm về những hồ sơ này sẽ tiến hành việc tiết lộ này. Thông tin được tiết lộ từ cơ sở (các cơ sở) đánh dấu trên đây gồm (đánh dấu tất cả những gì áp dụng được):**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Báo cáo về việc quen các chất hóa học               | <input type="checkbox"/> Tóm lược việc xuất viện        | <input type="checkbox"/> Báo cáo giáo dục/Trường học |
| <input type="checkbox"/> Xét nghiệm  | <input type="checkbox"/> Lượng giá về sức khỏe tâm thần | <input type="checkbox"/> Bệnh sử và cơ thể           |
| <input type="checkbox"/> X-Quang   | <input type="checkbox"/> Ghi chú về tiến triển lâm sàng | <input type="checkbox"/> Tên và chẩn đoán mà thôi    |
| <input type="checkbox"/> Mọi hồ sơ y khoa gắn liền với việc điều trị của tôi |   |  |
| <input type="checkbox"/> Khác _____  |   |  |

Tôi hiểu rằng việc này sẽ bao gồm các thông tin liên quan đến (đánh dấu những mục phù hợp):

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc nhiễm vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV)                                  |
| <input type="checkbox"/> Thông tin về sức khỏe tâm thần (chỉ tiểu bang Iowa mà thôi: Xin lưu ý rằng nhiều người có quyền thanh tra các tài liệu được tiết lộ) |
| <input type="checkbox"/> Các phiên họp tư vấn hỗn hợp (Xin lưu ý là phải có mẫu giấy cho phép của tất cả những người hiện diện trong các phiên họp đó.)       |
| <input type="checkbox"/> Ghi chú về tâm lý trị liệu ((Một bản giấy cho phép riêng biệt phải với chữ ký để tiết lộ các ghi chú việc về tâm lý trị liệu)        |
| <input type="checkbox"/> Điều trị chứng lạm dụng rượu và/hoặc ma túy  |

Tôi hiểu rằng điều này bao gồm các thông tin liên quan đến tất cả các thời kỳ dịch vụ trừ khi có quy định khác như dưới đây:

Bao gồm thời kỳ (những thời kỳ) chăm sóc: \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_

Thông tin này sẽ được tiết lộ cho (xin nói rõ): \_\_\_\_\_

Với mục đích \_\_\_\_\_

Nếu không có mục đích nào được nêu lên, mục đích của việc tiết lộ lúc đó sẽ là “theo yêu cầu của tôi”.

Tôi hiểu rằng giấy phép này có thể được hủy bỏ bất cứ lúc nào, ngoại trừ ở mức độ là hành động đã được tiến hành dựa trên giấy phép này. Tôi hiểu rằng nếu tôi muốn hủy bỏ giấy phép này, tôi phải thực hiện việc này bằng văn bản và xuất trình lệnh hủy bỏ bằng văn bản cho bộ phận lưu trữ hồ sơ y khoa hoặc cho người quản thủ, người mà trước đây tôi đã nộp giấy phép bản chính.

Trừ khi bị hủy bỏ, nếu không giấy phép này sẽ hết hạn vào ngày tháng, sự kiện hoặc điều kiện sau đây: \_\_\_\_\_

Nếu tôi không thể ấn định ngày, sự kiện hoặc điều kiện hết hạn thì Giấy phép này sẽ hết hạn sau mười hai (12) tháng kể từ ngày ghi dưới đây.

Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin về sức khỏe có tính cách tự nguyện. Tôi có thể từ chối không ký vào giấy phép này. Tôi không cần phải ký giấy phép này mới nhận được sự điều trị. Tôi hiểu rằng tôi có thể kiểm tra hoặc sao lại thông tin nào sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ, như đã quy định tại Quy Tắc 45 CFR 164.524. Tôi hiểu rằng mọi tiết lộ thông tin có thể đem lại khả năng tiết lộ một lần nữa mà không xin phép và thông tin sẽ không còn được bảo vệ bởi các đạo luật liên bang về bảo mật nữa. Nếu tôi có thắc mắc nào về việc tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi, tôi có thể liên hệ với Alegent Creighton Health Privacy Office, điện thoại số (402) 717-1730.

- Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ những hồ sơ mà có thể được bảo vệ bởi các Quy Tắc Liên Bang về Bảo Mật (42 CFR, Phần 2). Quy Tắc Liên Bang cấm không cho quý vị tiết lộ thêm điều gì về thông tin này trừ khi là việc tiết lộ thêm được minh thị cho phép bằng một văn bản ưng thuận của người mà thông tin này có liên quan hoặc được Quy Tắc 42 CFR, Phần 2. Giấy cho phép tổng quát được tiết lộ thông tin y khoa hoặc thông tin nào khác không đủ cho mục đích này. Các quy tắc Liên Bang hạn chế mọi việc sử dụng thông tin vào việc điều tra hoặc truy tố về hình sự bất kỳ bệnh nhân nào lạm dụng rượu hoặc ma túy.

Chữ ký của Bệnh Nhân	Ngày
Chữ ký của Cha Mẹ /Người Giám hộ hợp pháp nếu Bệnh Nhân còn vị thành niên /Người được ủy nhiệm/Người đỡ đầu	Quan hệ với Bệnh Nhân
	Ngày