



C S 0 0 2 0

**ỦY QUYỀN ĐỂ SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ / TIẾP  
CẬN BẢO VỆ THÔNG TIN SỨC KHỎE  
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /  
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

Vietnamese

**Check (✓) Facility:**

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy      | <input type="checkbox"/> Good Samaritan        | <input type="checkbox"/> Immanuel        | <input type="checkbox"/> Lakeside       | <input type="checkbox"/> Mercy Corning |
| <input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs   | <input type="checkbox"/> Midlands              | <input type="checkbox"/> Missouri Valley | <input type="checkbox"/> Nebraska Heart | <input type="checkbox"/> Plainview     |
| <input type="checkbox"/> Schuyler               | <input type="checkbox"/> St. Elizabeth         | <input type="checkbox"/> St. Francis     | <input type="checkbox"/> St. Mary's     |  |
| <input type="checkbox"/> Clinic (Specify) _____ | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ |  |   |  |

Tôi, \_\_\_\_\_, cho phép  
(In tên của cá nhân [tức là, bệnh nhân, cư trú hoặc khách hàng] [Print Name of Individual [i.e., patient, resident or client]])

cơ sở kiểm tra trên(s) sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ như mô tả dưới đây cho bệnh nhân sau:

Tên Bệnh Nhân (Patient Name)		Ngày Sinh (Date of Birth)
Bệnh nhân trước/các tên khác (Patient Previous / Other Name(s))		
Địa Chỉ Đường (Street Address)		Số Điện Thoại (Phone)
Thành Phố (City)	Tiểu Bang (State)	Số Vùng (Zip Code)

**Tôi ủy quyền cho (các) người hoặc tổ chức sau để nhận được thông tin:**

Tên (Name)		
Địa Chỉ Đường (Street Address)		
Thành Phố (City)	Tiểu Bang (State)	Số Vùng (Zip Code)
Số Điện Thoại (Phone)	Fax	Địa chỉ email (Bắt buộc đối với bản phát hành điện tử) (Email Address* [Required for an Electronic Release])

**Các cá nhân sau đây đã được xác nhận thông tin sức khỏe có thể sử dụng và/hoặc tiết lộ:**

(Dưới đây là các tài liệu được yêu cầu thường xuyên nhất. Điều này không cấu thành toàn bộ hồ sơ y tế của quý vị, mà quý vị có quyền yêu cầu.)

Đánh dấu (✓) tất cả những gì áp dụng:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trừu Tượng (Bao gồm <sup>1</sup> )                 | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Phòng Cấp Cứu                                  | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Phòng Thí Nghiệm |
| <input type="checkbox"/> Tóm tắt xuất viện/Chẩn đoán cuối cùng <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Tiêm chủng (chích) Record                            | <input type="checkbox"/> Ghi Chú Vật Lý Trị Liệu  |
| <input type="checkbox"/> Lịch Sử và Hồ Sơ Vật Lý <sup>1</sup>               | <input type="checkbox"/> Báo cáo X quang (tức là, X-quang)                    | <input type="checkbox"/> Ghi Chú Vật Lý           |
| <input type="checkbox"/> Báo Cáo Tư Vấn <sup>1</sup>                        | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Chẩn Đoán Khác                               | <input type="checkbox"/> Danh Sách Thuốc          |
| <input type="checkbox"/> Phẫu Thuật và Thủ Tục <sup>1</sup>                 | <input type="checkbox"/> Hình Ảnh Chẩn Đoán (Được đặt trước bởi Khoa X Quang) | <input type="checkbox"/> Hóa Đơn                  |
| <input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm của Chẩn Đoán <sup>1</sup>      | <input type="checkbox"/> Khác: _____  |   |

Ngày điều trị được tiết lộ:	Từ:	Đến:
-----------------------------	-----	------

<p><b>Lý do hoặc mục đích sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin:</b></p>  
--

**Tôi yêu cầu các hình thức phát hành thông tin được:**

- Điện tử (HIM thông tin bộ phận) (\* Email là cần thiết)     Giấy (U.S. Mail or pick up)  
 Khác (USB, v.v.):\*\* \_\_\_\_\_ (\*\*Thiết bị phải do cơ sở cung cấp.)



**ỦY QUYỀN ĐỂ SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ / TIẾP  
CẬN BẢO VỆ THÔNG TIN SỨC KHỎE  
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /  
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)  
Vietnamese**

Tôi cho phép việc tiết lộ bất kỳ thông tin nào chứa trong các hồ sơ trên liên quan đến điều trị lạm dụng ma túy hoặc rượu, bất kỳ thông tin nào chứa trong các hồ sơ trên liên quan đến điều trị lạm dụng ma túy hoặc rượu, điều kiện liên quan đến ma túy, nghiện rượu, tâm thần/tình trạng sức khỏe tâm thần/điều trị và/hoặc điều kiện bệnh liên quan đến Sida.

**Nghiêm cấm điều hòa cấp phép:** Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ không điều kiện việc ký tên cho phép này, trừ khi:

- Quý vị đang được nghiên cứu liên quan đến điều trị; hoặc là
- Lý do duy nhất mà cơ sở cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe là báo cáo cho bên thứ ba, chẳng hạn như chủ lao động của quý vị (e.g., tập thể dục để trở lại làm việc) hoặc trường học (e.g., P.E. Bác sĩ).

**Tiết lộ lại:** Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng và/hoặc tiết lộ theo ủy quyền này có thể không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư liên bang (cũng được biết là HIPAA) và người nhận thông tin sức khỏe của tôi có thể có khả năng tiết lộ lại. Tuy nhiên, theo Yêu Cầu Bảo Mật Về Lạm Dụng Chất Gây Nghiện của Liên Bang, 42CFR Part 2, người nhận có thể bị cấm tiết lộ thông tin nhận dạng chất lạm dụng.

**Hết hạn:** Ủy quyền này sẽ hết hạn một năm kể từ ngày được ký trừ khi cơ sở nhận được Thu hồi như được nêu dưới đây.

**Thu hồi:** Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho cơ sở bằng văn bản bằng cách gửi thư cho Thực thể CHI được chỉ định trong bản phát hành này hoặc hoàn thành biểu mẫu "Revocation of Authorization". Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi ủy quyền này, nó sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ hành động nào được thực hiện trước khi nhận được thư hủy bỏ. Tôi hiểu rằng cơ sở không thể hủy bỏ các tiết lộ đã được thực hiện và có thể sử dụng thông tin sức khỏe của tôi khi cần thiết để lập hóa đơn và thu thập cho các dịch vụ được cung cấp.

**Sự Cho Chép Đây là Ràng Buộc:** Các tuyên bố trong ủy quyền này là ràng buộc, kiểm soát và tôi hiểu rằng chúng được ưu tiên hơn các tuyên bố được thực hiện trong Cơ Sở Thông Báo Về Thực Hành Quyền Riêng Tư.

Tôi hiểu một khoản phí có thể được tính cho các bản sao hồ sơ y tế của tôi.

*Nếu ủy quyền này dành cho tiếp thị bởi thực thể được bảo hiểm, nếu được chỉ thị liệu thực thể được bảo hiểm có nhận được bồi thường cho việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ.*  Có  Không

<b>Chữ ký của cá nhân hoặc người đại diện cá nhân</b> (Signature of Individual or Personal Representative)	<b>Ngày (bắt buộc)</b> (Date [Required])	<b>Giờ (Time)</b> <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
<b>Tên in của người đại diện cá nhân (nếu có)</b> (Printed Name of Individual's Personal Representative [if applicable])		
<b>Cơ sở lý luận để phục vụ như là đại diện cá nhân cho cá nhân (e.g., cha mẹ, người giám hộ hợp pháp)</b> (Rationale for Serving as Personal Representative to the Individual [e.g., parent, legal guardian])		

(Vui lòng bao gồm các tài liệu hỗ trợ như tài liệu Giấy Ủy Quyền hoặc các tài liệu khác xác lập tư cách là đại diện cá nhân, khi áp dụng.)