

**Ủy quyền để sử dụng hoặc chia sẻ thông tin về sức khỏe (PHI)**

\*Tên của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Hồ sơ y tế #: \_\_\_\_\_

\*Địa chỉ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Zip: \_\_\_\_\_

\* An Sinh Xã Hội #: \_\_\_\_\_ \*Ngày sinh: \_\_\_\_\_

\* Số điện thoại của bệnh nhân (bao gồm mã vùng): Nhà: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_

\*Sau đây tôi xin ủy quyền cho \_\_\_\_\_  
 Tên của cá nhân/tổ chức tiết lộ PHI

Tiết lộ thông tin sau đây cho cá nhân/tổ chức nhận PHI:

\*Tên, địa chỉ, điện thoại. Fax \*Mối quan hệ \*Vợ/chồng

Tên, địa chỉ, điện thoại. Fax	Mối quan hệ	Vợ/chồng

**\*Thông tin được chia sẻ:**

- Hồ sơ ghi chép ngày dịch vụ giữa \_\_\_\_\_ và \_\_\_\_\_
- Thông tin thích hợp (bao gồm ghi chú của bác sĩ và kết quả chẩn đoán)
- Toàn bộ hồ sơ y tế (bao gồm toàn bộ hồ sơ ghi chép trừ Ghi chú liệu pháp tâm lý)
- Ghi chú liệu pháp tâm lý (nếu đánh dấu chọn ô này, các ô khác có thể không đánh dấu chọn)
- Hồ sơ sức khỏe tâm thần (trừ các Ghi chú liệu pháp tâm lý)
- Hồ sơ điều trị lạm dụng chất
- Hồ sơ bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Hồ sơ bệnh (HIV)
- Thông tin thanh toán

Khác: \_\_\_\_\_

**Thông tin này chỉ có thể được tiết lộ cho (những) mục đích sau đây:**

- Bảo hiểm  Điều trị liên tục  Pháp lý  Theo yêu cầu của tôi hoặc người đại diện của tôi

Khác: \_\_\_\_\_

**Tôi hiểu rằng khi tự nguyện ký tên vào mẫu cho phép này:**

- Tôi cho phép sử dụng hoặc tiết lộ PHI của tôi như được trình bày ở trên cho (những) mục đích được liệt kê
- Tôi có quyền hủy bỏ sự cho phép tiết lộ thông tin của tôi. Nếu tôi ký tên mẫu cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin này, tôi có thể hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào. Việc hủy bỏ phải được thực hiện bằng văn bản gửi cho cá nhân/tổ chức tiết lộ thông tin và sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi có quyền nhận một bản sao mẫu cho phép này.
- Tôi hiểu rằng trừ mục đích của sự cho phép này là xác định việc thanh toán yêu cầu thanh toán các phúc lợi, khi ký tên mẫu cho phép này sẽ không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ được hưởng các phúc lợi, điều trị, ghi danh hoặc thanh toán yêu cầu của tôi.

- Thông tin y tế của tôi có thể cho thấy rằng tôi mắc bệnh truyền nhiễm và/hoặc không truyền nhiễm mà có thể bao gồm, nhưng không giới hạn các căn bệnh như viêm gan, giang mai, bệnh lậu hoặc HIV hoặc AIDS và/hoặc có thể cho thấy rằng tôi đã hoặc đang được điều trị cho các chứng bệnh tâm lý hoặc tâm thần hoặc lạm dụng chất.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi bằng văn bản sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào gửi cho cá nhân/tổ chức tiết lộ PHI của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi không thể giới hạn thông tin mà có lẽ đã được chia sẻ dựa trên sự cho phép này.
- Những thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ theo sự cho phép này có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi Quy Định về Sự Riêng Tư.

Trừ khi được hủy bỏ hoặc trình bày khác, ngày tự động hết hạn của sự cho phép này sẽ là một năm kể từ ngày tôi ký tên hoặc khi xảy ra sự kiện sau đây:

\* \_\_\_\_\_  
 Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp

\* \_\_\_\_\_  
 Ngày

\* \_\_\_\_\_  
 Tên viết in của bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp

\* \_\_\_\_\_  
 Ngày hết hạn (nếu kéo dài hơn một năm kể từ ngày ký tên hoặc không có sự kiện nào được cho biết)

\* \_\_\_\_\_  
 Mô tả thẩm quyền của Người đại diện pháp lý

*\*Nội dung bắt buộc*

**(INTERNAL USE ONLY)**

1) Number of pages released: \_\_\_\_\_

2) If releasing records following a verbal modification by the requestor, please describe below:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Specific documentation released:

a. Pertinent Only \_\_\_\_\_

b. Other \_\_\_\_\_

3) Staff initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

4) Verification of authorized receiver:

a. License \_\_\_\_\_

b. Photo ID \_\_\_\_\_

c. Other (describe) \_\_\_\_\_

5) Authorized Receiver:

a. Name: \_\_\_\_\_

b. Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Tiêu đề

### Hướng dẫn...

1. Trình bày tên và ngày sinh của bệnh nhân.
2. TÙY CHỌN: Trình bày Số hồ sơ y tế và/hoặc số An Sinh Xã Hội.
3. Trình bày tên của cá nhân/tổ chức tiết lộ PHI.
4. Trình bày tên và địa chỉ của cá nhân/tổ chức tiếp nhận PHI.

### Thông tin được chia sẻ:

1. Đánh dấu chọn vào ô thích hợp.
2. Nếu thông tin sẽ được chia sẻ không được liệt kê, đánh dấu chọn vào ô "khác" và cho biết thông tin nào sẽ được chia sẻ vào chỗ trống được cung cấp.
  - a. Nếu thông tin thanh toán được chia sẻ, cho biết yêu cầu phải có những thông tin thanh toán nào. Nếu yêu cầu phải có tất cả thông tin thanh toán, chỉ đánh dấu chọn vào ô.
  - b. Nếu yêu cầu phải có ghi chú liệu pháp tâm lý, không có thông tin nào khác được chia sẻ. Phải điền đầy đủ mẫu Ủy Quyền riêng biệt để cung cấp thêm thông tin

### Mục đích của việc tiết lộ thông tin:

1. Đánh dấu chọn vào ô thích hợp.
2. Nếu mục đích không được liệt kê, đánh dấu chọn vào ô "khác" và cho biết mục đích trong chỗ trống được cung cấp.

### Ngày hết hạn:

1. Trừ khi được trình bày khác ở cuối biểu mẫu, ngày hết hạn là một năm kể từ ngày bệnh nhân ký tên hoặc khi xảy ra h o ặ c sự kiện do cá nhân chọn.
  - a. Nếu bệnh nhân chọn một sự kiện, liệt kê sự kiện đó trong chỗ trống được cung cấp.
  - b. Nếu bệnh nhân chọn ngày hết hạn kéo dài hơn một năm, cho biết điều đó trong chỗ trống được cung cấp ở cuối biểu mẫu.

### Chữ ký:

1. Lấy chữ ký của bệnh nhân hoặc Người đại diện hợp pháp
2. Nếu Người đại diện hợp pháp ký biểu mẫu này, trình bày thẩm quyền của Người đại diện hợp pháp.

### Ngày:

1. Ngày là ngày ký biểu mẫu.