

**YÊU CẦU CỦA BỆNH NHÂN VỀ VIỆC SỬA ĐỔI THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ**

**GHI CHÚ: Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Bảo Hiểm Y Tế Năm 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) cho phép quý vị yêu cầu sửa đổi các Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của quý vị trong các hồ sơ của chúng tôi, loại thông tin này được HIPAA định nghĩa là Thông Tin Sức Khỏe Có Khả Năng Định Danh Cá Nhân. Vui lòng sử dụng mẫu đơn này để cho biết các hồ sơ và những sửa đổi đối với những hồ sơ mà quý vị yêu cầu.**

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Ngày mục thông tin được sửa đổi: \_\_\_\_\_ Loại mục thông tin được sửa đổi: \_\_\_\_\_

Tôi yêu cầu \_\_\_\_\_ (Tên Cơ Sở)  
sửa đổi PHI của tôi như được mô tả sau đây.

Vui lòng giải thích mục thông tin bị sai hoặc thiếu như nào. Theo quý vị, mục thông tin cần chỉ ra những gì để chính xác và đầy đủ hơn?  
(Vui lòng đính kèm các trang riêng nếu cần.)

Nếu chuyên gia chăm sóc sức khỏe đồng ý với yêu cầu của quý vị và hoàn tất việc sửa đổi hồ sơ y tế, quý vị có muốn gửi sửa đổi này đến bất kỳ người nào khác có thể đã được chúng tôi tiết lộ thông tin trước đây không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên và địa chỉ của cá nhân hoặc tổ chức đó.

**Hiểu Biết và Xác Nhận**

Tôi xác nhận rằng việc sửa đổi mà tôi đang yêu cầu có thể bị từ chối vì những lý do theo Đạo Luật HIPAA cho phép. Tôi hiểu rằng nếu yêu cầu của tôi bị từ chối thì tôi có quyền được giải thích bằng văn bản và tôi có thể nộp văn bản tuyên bố không đồng ý với quyết định từ chối đó. Tuyên bố bằng văn bản sẽ được lưu giữ trong hồ sơ y tế và sẽ được tính đến vào những lần tiết lộ sau này đối với thông tin sức khỏe được bảo vệ mà là đối tượng của lần yêu cầu sửa đổi này

Nếu tôi thực hiện yêu cầu này thay cho một bệnh nhân chứ không phải cho mình, thì tôi xác nhận tôi là đại diện cá nhân được ủy quyền hợp pháp của bệnh nhân đó và tôi đang yêu cầu việc sửa đổi này với thiện ý và vì lợi ích tốt nhất của bệnh nhân đã nêu tên ở trên. Tôi hiểu INTEGRIS có thể yêu cầu xem hồ sơ chứng minh ủy quyền pháp lý của người đại diện cá nhân cho bệnh nhân đã nêu tên ở trên, bao gồm nhưng không giới hạn ở giấy ủy quyền hợp pháp có giá trị lâu dài về chăm sóc sức khỏe.

Chữ Ký của Người Nộp Yêu Cầu

Ngày

Tên Viết In Hoa của Người Nộp Yêu Cầu

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

INT-5470 Release of Information Forms



Rev. 10/20, 04/22

**Chỉ Dành Cho Cơ Sở:**

Ngày Tiếp Nhận: \_\_\_\_\_

Việc sửa đổi đã được:  Chấp thuận  Từ chối

Nếu quyết định từ chối, đánh dấu tích vào lý do từ chối:

- Yêu cầu sửa đổi không phải bằng văn bản hoặc không đầy đủ
- Lý do không hợp lệ để được hỗ trợ yêu cầu
- PHI không được tạo lập bởi tổ chức này
- Cá nhân hoặc tổ chức đã tạo lập PHI không có khả năng thực hiện việc sửa đổi
- PHI không phải một phần nội dung thuộc hồ sơ y tế của bệnh nhân do INTEGRIS lưu giữ
- PHI đó chưa được cung cấp đối với bệnh nhân này để có thể kiểm tra theo yêu cầu của luật liên bang (ví dụ: các bản ghi chép quá trình trị liệu tâm lý)
- PHI đã chính xác và đầy đủ

Nhận Xét của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc Đại Diện của HIM \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chữ Ký của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc Đại Diện của HIM \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tên Viết In Hoa của Chuyên Gia Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc Đại Diện của HIM \_\_\_\_\_

**Vui lòng gửi lại mẫu đơn đã được điền đầy đủ đến:**

<b>INTEGRIS HIM Department</b> 3433 NW 56 <sup>th</sup> Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112	<b>Fax: (405) 552-8773</b>
	<b>Email: <a href="mailto:HealthInfoManagement@integrishealth.org">HealthInfoManagement@integrishealth.org</a></b>
	<b>Có thắc mắc? (877) 778-7211</b>