

**YÊU CẦU CỦA BỆNH NHÂN VỀ HẠN CHẾ/GIỚI HẠN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ  
THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ**

**GHI CHÚ:** Đạo Luật Trao Đổi và Trách Nhiệm về Bảo Hiểm Sức Khỏe năm 1996 ("HIPAA") và Đạo Luật Kỹ Thuật Thông Tin Y Tế về Sức Khỏe Lâm Sàng và Kinh Tế ("HITECH") cho phép quý vị yêu cầu các hạn chế về việc sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị ("PHI"). Xin điền vào mẫu đơn này để cho biết các hạn chế hoặc giới hạn mà quý vị yêu cầu. Chúng tôi không bắt buộc phải công bố yêu cầu của quý vị trừ khi pháp luật quy định. Nếu chúng tôi đồng ý công bố các thông tin đó, chúng tôi sẽ phải tuân theo yêu cầu của quý vị trừ khi thông tin đó thực sự cần thiết trong việc chăm sóc cấp cứu cho quý vị.

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

Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Đường Thành phố Bang Mã bưu điện

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tôi yêu cầu hạn chế tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ ("PHI") sau:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tôi mong muốn giới hạn hoặc hạn chế công bố PHI của tôi cho các cá nhân hoặc tổ chức sau:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mục đích giới hạn hoặc hạn chế tiết lộ các thông tin của tôi là:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hiểu Biết và Xác Nhận**

Tôi xác nhận đã được nghe giải thích về cách mà PHI của tôi sẽ được sử dụng và tiết lộ. Tôi hiểu là INTEGRIS có thể từ chối công bố yêu cầu của tôi về hạn chế/giới hạn tiết lộ PHI của tôi trừ khi được pháp luật yêu cầu. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi lại yêu cầu này vào một ngày nào đó trong tương lai bằng cách ký vào Tuyên Bố Thu Hồi dưới đây.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Bệnh Nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

**Thu Hồi Yêu Cầu của Bệnh Nhân về Hạn Chế/Giới Hạn Tiết Lộ PHI** Tôi rút lại yêu cầu này về hạn chế/giới hạn tiết lộ PHI của tôi có hiệu lực từ ngày ghi dưới đây.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Bệnh Nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày

Có thể gửi biểu mẫu đã được điền qua fax đến Bộ phận INTEGRIS Health Information Management theo số 405-552-8773, qua đường bưu điện đến địa chỉ 3433 NW 56<sup>th</sup> Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, hoặc qua email đến Healthinfomanagement@integrishealth.org. Nếu có thắc mắc, hãy gọi số 877-778-7211

Patient Label

Patient Name:  
MRN:  
DOB:

INT-1672V Release of Information Forms



\* 1 1 0 0 0 1 0 0 3 \*

Rev. 3/14, 06/22