

Thông Tin Bệnh Nhân			
Họ	Tên	Tên Đệm	Ngày Sinh
Địa Chỉ	Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính		Số Hồ Sơ Bệnh Nhân
Cá Nhân/Tổ Chức Cung Cấp Thông Tin		Cá Nhân/Tổ Chức Tiếp Nhận Thông Tin	
Tên	Tên		
Địa Chỉ	Địa Chỉ		
Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính	Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính		
Số Điện Thoại/Fax	Số Điện Thoại/Fax		
Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân		
<input type="checkbox"/> Thông tin có thể được gửi và nhận giữa hai cá nhân/tổ chức đã nêu trên			

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Thông Tin Bảo Mật về Bệnh Nhân
Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (Welfare and Institutions, W & I), Phần 5328
Quy Tắc Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) Phần 164.508
DSH-5671 (Sửa Đổi Ngày 15/12)
Trang 1 / 4

ADDRESSOGRAPH/LABEL

Mô Tả Thông Tin sẽ được Tiết Lộ:

- Chẩn Đoán
- Đánh Giá Sức Khỏe Tâm Thần
- Tóm Tắt Xuất Viện
- Đánh Giá Tâm Lý Xã Hội
- Kế Hoạch Điều Trị
- Thông tin về Cách Ly/Kiểm Chế
- Thông báo bằng lời: chuyển ra cơ sở y tế bên ngoài

- Kết quả kiểm tra tâm lý/nghề nghiệp
- Đánh giá y tế/thần kinh, xét nghiệm phòng thí nghiệm (Điện não đồ [Electroencephalogram, EEG], Điện tâm đồ [Electrocardiogram, EKG], v.v.)
- Tiết lộ bằng lời: hoạt động điều trị/nằm viện
- Khác:

- Các đánh giá khác:
- Pháp Lý:
- Kết quả xét nghiệm HIV
- Bệnh nhân phải ký tên _____**

- Tiết lộ thông tin trong khoảng thời gian: từ _____ (ngày) đến _____ (ngày)**
HOẶC
 Tiết lộ bất kỳ thông tin nào ở trên, bất kể ngày nào

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Thông Tin Bảo Mật về Bệnh Nhân
Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (Welfare and Institutions, W & I), Phần 5328
Quy Tắc Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), Bộ Luật Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) Phần 164.508
DSH-5671 (Sửa Đổi Ngày 15/12)
Trang 2 / 4

ADDRESSOGRAPH/LABEL

Mục Đích Tiết Lộ Thông Tin

Đánh Giá Lập Kế Hoạch/Hoạt Động Điều Trị Khác: _____

Tôi hiểu rằng:

Tôi đang ủy quyền tiết lộ (đang đồng ý chia sẻ) thông tin sức khỏe cá nhân của mình. Khi thông tin được gửi đến/đi từ bệnh viện tiểu bang, cá nhân/tổ chức còn lại sẽ biết rằng tôi đã nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Tôi đang tự nguyện ký Ủy Quyền này (do tôi lựa chọn-không bị ép buộc) và việc điều trị của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký giấy ủy quyền này.

Thông tin tiết lộ có thể được chia sẻ lại cho đối tượng khác nếu pháp luật cho phép hoặc yêu cầu.

Cá nhân yêu cầu thông tin có thể phải trả các khoản phí hợp lý cho việc sao chép và bưu phí.

Tôi có quyền nhận bản sao của Ủy Quyền này.

Trước khi tiết lộ thông tin, tôi có quyền thu hồi Ủy Quyền này (thay đổi quyết định và không cho phép tiết lộ thông tin). Để thu hồi, tôi sẽ gửi một văn bản yêu cầu tới Bộ Phận Quản Lý Thông Tin Y Tế (Health Information Management Department, HIMD) tại cơ sở của mình hoặc gửi đến một thành viên thuộc đội ngũ điều trị của mình. Khi HIMD/đội ngũ điều trị nhận được yêu cầu, họ sẽ không tiết lộ thêm bất kỳ thông tin nào.

Nếu không thu hồi, Ủy Quyền này sẽ hết hạn sau:

6 tháng Một năm Ngày khác: _____ Sự kiện: _____

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Thông Tin Bảo Mật về Bệnh Nhân
Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (Welfare and Institutions,
W & I), Phần 5328
Quy Tắc Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải
Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health
Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), Bộ Luật
Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR)
Phần 164.508
DSH-5671 (Sửa Đổi Ngày 15/12)
Trang 3 / 4

ADDRESSOGRAPH/LABEL

Chữ Ký Bệnh Nhân HOẶC <input type="checkbox"/> Phụ Huynh/Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Bảo Hộ	Ngày
Tên Viết In Hoa	
Chữ Ký Nhân Chứng/Chuyên Gia	Ngày
Tên Viết In Hoa	

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Thông Tin Bảo Mật về Bệnh Nhân
Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (Welfare and Institutions,
W & I), Phần 5328
Quy Tắc Quyền Riêng Tư theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải
Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health
Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), Bộ Luật
Các Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR)
Phần 164.508
DSH-5671 (Sửa Đổi Ngày 15/12)
Trang 4 / 4

ADDRESSOGRAPH/LABEL