

ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN

Dịch Vụ Y Tế Gardner (GHS) yêu cầu Ủy Quyền Công Bố Thông Tin Sức Khỏe Bệnh Nhân. Việc hoàn thành biểu mẫu này xác thực sự ủy quyền tuân thủ theo Luật California và Liên Bang, nhưng không tạo điều kiện cho việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc đủ điều kiện nhận bảo hiểm. Vui lòng đọc kỹ biểu mẫu này và hoàn thành tất cả các phần vì các biểu mẫu chưa hoàn thành sẽ không được xử lý & trả lại. Việc xác minh ID có ảnh cũng bắt buộc thực hiện cho tất cả các yêu cầu. Sau khi nhận được, yêu cầu của quý vị sẽ được gửi đến dịch vụ sao chép Verisma của chúng tôi và được xử lý trong vòng 5-7 ngày làm việc. Để theo dõi tình trạng yêu cầu của quý vị, vui lòng liên hệ với Verisma theo số: 1(866) 462.9026

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên Bệnh Nhân: _____
Tên _____ Tên Đệm _____ Họ _____

Ngày Sinh: _____ / _____ / _____ Số Điện Thoại #: _____
Tháng Ngày Năm

Số Hồ Sơ Y Tế: _____ Tôi là Bệnh Nhân. (Tự Yêu Cầu)

YÊU CẦU THÔNG TIN TỪ

Chọn (các) Trung Tâm Y Tế Gardner dưới đây hoặc Cung Cấp Thông Tin Khác cho Yêu Cầu ROI Bên Ngoài:

- Trung Tâm Y Tế Alviso: 1621 Gold Street, San Jose, CA 95002
- Trung Tâm Y Tế Compre Care: 3030 Alum Rock Avenue, San Jose, CA 95127
- Trung Tâm Y Tế Gardner Trung Tâm Thành Phố: 725 E. Santa Clara Street, San Jose, CA 95112
- Trung Tâm Y Tế Gardner: 195 E. Virginia Street, San Jose, CA 95112
- Gardner Packard-Trung Tâm Y Tế Dành Cho Trẻ Em: 3350 El Camino Real, Ste 100, Atherton, CA 94027
- Chăm Sóc Sức Khỏe Cho Người Vô Gia Cư: 195 E. San Fernando St., Ste. 100 San Jose, CA 95112
- Proyecto Primavera: 160 East. Virginia Street, Suite 100, San Jose, CA 95112
- Trung tâm Y tế Quận South: 7526 Monterey Road, Gilroy, CA 95020
- Trung Tâm Dịch Vụ Đặc Biệt: 160 East. Virginia Street, Ste. 280, San Jose, CA 95112 ***Sức Khỏe Tâm Thần**
- Trung Tâm Y Tế St. James: 55 East. Julian Street, San Jose, CA 95112

Tên Bác Sĩ Lâm Sàng (Bắt buộc đối với Chuyên Khoa): _____

Khác (Bên ngoài): _____
Tên Địa chỉ (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Chính) Điện Thoại Fax

CÔNG BỐ THÔNG TIN CHO

Được Yêu Cầu Bởi: _____
Tên Cá Nhân / Tổ Chức Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân

_____ Địa Chỉ Đường _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính

_____ Số Điện Thoại _____ Số Fax _____ Địa Chỉ Email

Tự Đánh Giá: Bệnh nhân đang yêu cầu đánh giá hồ sơ của họ với bác sĩ lâm sàng tại chỗ.

Phương Thức Vận Chuyển: Thư Fax
 Khác _____

ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN

MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG

Việc tiết lộ thông tin này đang được yêu cầu cho những điều sau đây:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếp Tục Chăm Sóc | <input type="checkbox"/> Khiếu Nại Khuyết Tật | <input type="checkbox"/> Đánh Giá / Xem Xét |
| <input type="checkbox"/> Hành động trì hoãn dành cho trẻ em vào Mỹ (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) / Dịch vụ nhập cư và nhập tịch (Immigration and Naturalization Service, INS) | | |
| <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm / Thanh Toán | <input type="checkbox"/> Pháp Lý / Tòa Án | <input type="checkbox"/> Mục Đích Sử Dụng Cá Nhân |
| <input type="checkbox"/> Nghiên Cứu | <input type="checkbox"/> Tuyển Sinh Trường Học | <input type="checkbox"/> Chuyển Hồ Sơ |
| <input type="checkbox"/> Khác _____ | | |

THÔNG TIN ĐƯỢC CÔNG BỐ

Chọn thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) sẽ được công bố và cung cấp Ngày Điều Trị:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Hoá Đơn | <input type="checkbox"/> Tim Mạch (EKG) | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chính Hình | <input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Nha Khoa | <input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Tiêm Chủng | <input type="checkbox"/> Kết Quả Từ Phòng Thí Nghiệm |
| <input type="checkbox"/> Danh Sách Thuốc | <input type="checkbox"/> Sản phụ khoa (Obstetrics & Gynecology, OBGYN) / Tiền Sản | | |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Đo Thị Lực | <input type="checkbox"/> Thẻ Chất (H&P) | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Bệnh Về Chân | <input type="checkbox"/> Báo Cáo X-Quang |
| <input type="checkbox"/> Khác _____ | | | |

Cần có sự Ủy Quyền cụ thể để công bố thông tin nhạy cảm sau đây theo luật California và Liên Bang theo 42 CFR Phần 2. Bệnh nhân phải ký riêng cho việc công bố:

Kết Quả Xét Nghiệm Bệnh Truyền Nhiễm _____	Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền _____	Hồ Sơ HIV / AIDS _____
Chuyên Khoa Sức Khỏe Tâm Thần: (không bao gồm Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý) _____	Hồ Sơ Lạm Dụng Chất Kích Thích / Ma Túy _____	

NGÀY ĐIỀU TRỊ: _____ - _____
 Từ (Ngày Bắt Đầu) _____ Đến (Ngày Kết Thúc) _____

Giới Hạn của Việc Tiết Lộ này: _____

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ

Dịch Vụ Y Tế Gardner (GHS) có thể không đưa ra điều kiện điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc đủ điều kiện nhận các phúc lợi bảo hiểm dựa trên sự ủy quyền này. Việc từ chối ký vào biểu mẫu ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị để được điều trị. Việc cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của bệnh nhân này là hành động tự nguyện. Quý vị có quyền nhận được một bản sao của biểu mẫu ủy quyền này theo yêu cầu.

THỜI GIAN: Ủy quyền sẽ có hiệu lực trong 12 tháng kể từ ngày ký trừ khi bị thu hồi.

THU HỒI: Quý vị có quyền thu hồi Ủy Quyền này bất cứ lúc nào. Việc thu hồi phải thực hiện bằng văn bản, có chữ ký của quý vị hoặc người đại diện của quý vị và được gửi tới: Công ty ATTN: Phòng HIM, Dịch Vụ Y Tế Gardner, 160 East Virginia Street Suite 280, San Jose, CA 95112. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực khi Dịch Vụ Y Tế Gardner nhận được, trừ trường hợp trong phạm vi tiêu chuẩn GHS hoặc những tổ chức khác có liên quan.

CÔNG BỐ LẠI: Tôi hiểu rằng người yêu cầu không được sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe một cách hợp pháp trừ khi có sự cho phép khác từ tôi, hoặc trừ khi việc sử dụng hoặc tiết lộ đó được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép cụ thể.

CHỮ KÝ

Ngày _____	Tên Đầy Đủ In Hoa _____	Chữ ký _____
------------	-------------------------	--------------

Chỉ Sử Dụng Cho Nhân Viên Y Tế - Vui lòng hoàn thành những thông tin sau trước khi gửi ROI đến Smart Filer:

Phòng khám: _____	Được Đánh Giá Bởi: _____	ID Có Ảnh Đã Được Xác Minh? <input type="checkbox"/>	Đã Hoàn Thành Gửi Fax? (Bên ngoài) <input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--	---