

## CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA BỆNH NHÂN

Dịch Vụ Y Tế Gardner (GHS-Gardner Health Services) yêu cầu cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của bệnh nhân. Việc hoàn thành mẫu này xác nhận việc ủy quyền tuân thủ luật pháp tiểu bang và liên bang nhưng không yêu cầu điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc hội đủ điều kiện để nhận phúc lợi. Vui lòng đọc kỹ mẫu này và điền vào tất cả các phần vì **các mẫu chưa hoàn chỉnh sẽ không được xử lý và sẽ bị trả lại**. Cần phải có xác minh giấy ID có dán ảnh cho tất cả các yêu cầu. Sau khi nhận được, yêu cầu của quý vị sẽ được xử lý trong vòng 15-30 ngày theo lịch. Để kiểm tra tình trạng yêu cầu của quý vị vui lòng gọi cho Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế GHS theo số (408) 579-6112

## THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Tên

Tên Lót

Họ

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ 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 bên dưới hoặc cung cấp thông tin khác cho Yêu cầu ROI gửi đi:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Alviso   | <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Điều Trị Việc Sử Dụng Dược Chất Proyecto Primavera, <u>Tên Bác Sĩ Lâm Sàng</u> : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế CompreCare                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Gardner Downtown                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Gardner  | <input type="checkbox"/> Trung Tâm Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi, <u>Tên Bác Sĩ</u> : _____                         |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Trẻ Em Gardner Packard                           |   |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Quận Phía Nam                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế St. James  | <input type="checkbox"/> Địa Điểm Gardner Khác: _____   |
| <input type="checkbox"/> Trung Tâm Y Tế Cho Người Vô Gia Cư                              |   |
| <input type="checkbox"/> Cơ Sở Không Thuộc Gardner (chỉ dành cho nhà cung cấp GHS) _____ |   |

Địa chỉ (đường phố, Thành phố, Tiểu bang Mã Zip

Số điện thoại

Số fax

## PHÁT HÀNH THÔNG TIN ĐẾN

Gửi tới:

Tên Người hoặc Tổ Chức Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Zip

Số Điện Thoại

Số Fax

Địa Chỉ Email

Chọn MỘT:

- Phương Thức Chuyển Giao:**  Thư  Fax  Khác: \_\_\_\_\_
- Tự Đánh Giá:** Bệnh nhân yêu cầu có một cuộc hẹn để xem xét hồ sơ tại chỗ với nhà cung cấp

**MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG**

Việc yêu cầu tiết lộ thông tin này nhằm mục đích sau đây:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiếp Tục Chăm Sóc     | <input type="checkbox"/> Chuyển Hồ Sơ                  | <input type="checkbox"/> Lượng Định / Duyệt Xét |
| <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm / Thanh Toán | <input type="checkbox"/> Yêu Cầu Bồi Thường Khuyết Tật | <input type="checkbox"/> Nghiên Cứu Tim Tò      |
| <input type="checkbox"/> Tuyển Sinh Vào Trường | <input type="checkbox"/> Sử Dụng Cá Nhân               |   |
| <input type="checkbox"/> Pháp Lý / Tòa Án      | <input type="checkbox"/> Khác: _____                   |   |

**THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ**

Chọn thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) nào sẽ được tiết lộ và cung cấp các Ngày Điều Trị:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Nha Khoa         | <input type="checkbox"/> Báo Cáo X Quang (bên ngoài)  | <input type="checkbox"/> Vật Lý (H&P)     |
| <input type="checkbox"/> Danh Sách Thuốc        | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chính Hình             | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Thanh Toán |
| <input type="checkbox"/> Bản Ghi Đo Thị Lực     | <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Tiêm Chủng (người lớn) | <input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ    |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Bệnh Lý Bàn Chân | <input type="checkbox"/> Kết Quả Thí Nghiệm           |   |
| <input type="checkbox"/> Tim Mạch (EKG)         | <input type="checkbox"/> Khác: _____                  |   |

Cần Có Sự Cho Phép Cụ Thể để tiết lộ thông tin nhạy cảm sau đây. Bệnh Nhân/Khách Hàng phải ký tắt riêng biệt để tiết lộ:

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| _____ Kết Quả Bệnh Truyền Nhiễm    | _____ Sử Dụng Ma Túy/Rượu                            | _____ Sức Khỏe Tâm Thần (không gồm Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý*)  |
| _____ Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền | _____ Sức Khỏe Sinh Sản (OB/GYN/Trước khi sinh/v.v.) | *Yêu Cầu Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý yêu cầu một biểu mẫu riêng và không được kết hợp với bất kỳ yêu cầu nào khác |
| _____ Hồ Sơ HIV/AIDS               |  |   |

NGÀY ĐIỀU TRỊ từ \_\_\_\_\_ tới \_\_\_\_\_

Hạn Chế của Tiết Lộ này (nếu có): \_\_\_\_\_

**CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ**

Dịch Vụ Y Tế Gardner (GHS) không được đặt điều kiện điều trị, thanh toán, ghi danh, hoặc khả năng hội đủ điều kiện nhận phúc lợi dựa trên sự cho phép này. Việc từ chối ký vào mẫu cho phép 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 tự nguyện. Quý vị có quyền nhận được một bản sao của giấy cho phép này theo yêu cầu.

**KHOẢNG THỜI GIAN:** Giấy cho phép sẽ vẫn có hiệu lực trong 12 tháng kể từ ngày ký trừ khi bị thu hồi.

**THU HỒI:** Quý vị có quyền thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào. Việc thu hồi phải bằng văn bản, có chữ ký của quý vị hoặc đại diện của quý vị và được gửi đến: ATTN: HIM Department, Gardner Health Services, 160 East Virginia Street Suite 280, San Jose, CA 95112. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực khi Gardner Health Services (Dịch Vụ Y Tế Gardner) nhận được giấy này, ngoại trừ trong phạm vi mà Gardner hoặc những người khác đã dựa vào nó để làm gì đó rồi.

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

**CHỮ KÝ**

In Tên Đây Đủ: \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**\*\*GHS Staff Use Only\*\***

Nhân viên GHS – hoàn thành phần sau trước khi gửi ROI tới HIM RightFax

Phòng Khám/Địa Điểm:

Được Đánh Giá Bởi:

 ID Có Ảnh Đã Được Xác Nhận Đã gửi fax tới HIM (408) 579-6139