Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế/ROI
160 E. Virginia St., Suite 280, San Jose, CA 95112
Điện thoại: (408) 579-6112 | Fax: (408) 579-6139
Email: medicalrecords@gfhn.org

GIẤY ỦY QUYỀN CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE BỆNH NHÂN

Gardner Health Services (Dịch Vụ Y Tế Gardner- GHS) yêu cầu giấy ủy quyền để cung cấp thông tin sức khỏe của bệnh nhân. Việc điền đầy đủ mẫu đơn này xác nhận sự ủy quyền theo đúng luật tiểu bang và liên bang, nhưng không ảnh hưởng đến việc điều trị, thanh toán, ghi danh, hoặc hội đủ điều kiện nhận phúc lợi. Vui lòng đọc kỹ mẫu đơn này và điền đầy đủ tất cả các phần **mẫu đơn không đầy đủ sẽ không được xử lý và sẽ bị gửi trả lại.** Xác minh giấy tờ tùy thân có ảnh cũng được yêu cầu cho tất cả các yêu cầu. Sau khi nhận được, yêu cầu quý vị sẽ được xử lý trong vòng 15-30 ngày theo lịch. Để kiểm tra tình trạng yêu cầu vui lòng gọi Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế của GHS theo số (408) 579-6112. Mọi thắc mắc khác vui lòng gọi số (408) 457-7100.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên Bệnh Nhân: _____
Tên | Tên lót | Họ

Ngày Sinh: _____ Điện thoại # ( ) _____
Tháng | Ngày | Năm

Bệnh nhân có phải là một trong các trường hợp sinh đa không?

Số Hồ Sơ Y Tế: _____ ☐KAD ☐Sinh đôi ☐Sinh ba ☐Khác

YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN

Vui lòng chọn (Các) Trung Tâm Y Tế Gardner bên dưới hoặc cung cấp thông tin khác cho yêu cầu cung cấp thông tin y tế (ROI) gửi đi.

- ☐ Alviso Health Center
- ☐ CompreCare Health Center
- ☐ Gardner Downtown Health Center
- ☐ Gardner Health Center
- ☐ Gardner Packard Children's Health Center
- ☐ Trung Tâm Y Tế Quận Nam
- ☐ Trung Tâm Y Tế St. James
- ☐ Trung Tâm Y Tế Alum Rock
- ☐ Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Vô Gia Cư

- ☐ Dịch Vụ Điều Trị Sử Dụng Chất Gây Nghiện Proyecto Primavera, Tên Chuyên Viên Lâm Sàng: _____
- ☐ Trung Tâm Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi, Tên Chuyên Viên Lâm Sàng: _____
- ☐ Địa Điểm Gardner Khác: _____

☐ Cơ Sở Không Thuộc Gardner (**chỉ dành cho nhân viên GHS**) _____

_____
Địa chỉ (đường, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Bưu Điện): | Số điện thoại | Số Fax

CUNG CẤP THÔNG TIN CHO

_____
Tên Người hoặc Tổ Chức | Mối quan hệ với Bệnh Nhân

Chọn **MỘT**:

☐ Gửi qua thư: _____
Địa Chỉ Đường Phố, Số Căn Hộ # | Thành phố | Tiểu bang | Mã bưu điện

☐ Gửi qua fax: _____

☐ Email: _____

☐ Khác: _____

☐ Xem Trực Tiếp - Bệnh nhân yêu cầu một cuộc hẹn để xem hồ sơ cùng với nhân viên y tế tại chỗ

GARDNER Health Services

MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG

Vui lòng cho chúng tôi biết lý do quý vị cần thông tin này. Việc cung cấp thông tin này được yêu cầu vì các mục đích sau:

- ☐ Tiếp Tục Chăm Sóc
- ☐ Bảo Hiểm/Thanh Toán
- ☐ Ghi Danh Học
- ☐ Pháp Lý/Tòa Án
- ☐ Chuyển Hồ Sơ
- ☐ Yêu Cầu Trợ Cấp Khuyết Tật
- ☐ Sử Dụng Cá Nhân
- ☐ Khác: _____
- ☐ Đánh Giá/Xem Xét
- ☐ Nghiên Cứu Khảo Sát

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ

Vui lòng chọn thông tin sức khỏe được bảo mật (PHI) sẽ được tiết lộ và ghi rõ Ngày Điều Trị:
Nếu quý vị yêu cầu toàn bộ hồ sơ, chỉ cần chọn Toàn Bộ Hồ Sơ.

- ☐ Hồ Sơ Nha Khoa
- ☐ Danh Sách Thuốc Đang Dùng
- ☐ Hồ Sơ Khám Mắt
- ☐ Hồ Sơ Chuyên Khoa Bàn Chân
- ☐ Khoa Tim Mạch (EKG)
- ☐ Báo Cáo Quang Tuyến (bên ngoài)
- ☐ Hồ Sơ Điều Trị Thần Kinh Cột Sống
- ☐ Hồ Sơ Tiêm Chủng (người lớn)
- ☐ Kết Quả Xét Nghiệm
- ☐ Khác: _____
- ☐ Khám Sức Khỏe Tổng Quát (H&P)
- ☐ Hồ Sơ Thanh Toán
- ☐ Toàn Bộ Hồ Sơ

Ủy Quyền Cụ Thể

*Cần có sự ủy quyền của bệnh nhân/thân chủ để cung cấp các thông tin nhạy cảm sau đây. Bệnh Nhân/Thân Chủ **phải ký tên riêng biệt** để cho phép cung cấp:*

- ☐ Kết Quả Bệnh Truyền Nhiễm _____
- ☐ Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền _____
- ☐ Hồ Sơ HIV/AIDS _____
- ☐ Sử Dụng Chất Gây Nghiện/Rượu _____
- ☐ Sức Khỏe Sinh Sản _____ (OBGYN, tiền sản, kế hoạch hóa gia đình, v.v.)
- ☐ Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý _____
- ☐ Sức Khỏe Tâm Thần* _____

Hồ sơ Sức Khỏe Tâm Thần **không bao gồm Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý. Yêu cầu cung cấp Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý cần có mẫu đơn riêng và không được gộp chung với bất kỳ yêu cầu nào khác.*

*Trẻ vị thành niên: Nếu bệnh nhân là thanh thiếu niên, từ **12–17 tuổi**, cần có chữ ký của bệnh nhân ở trang tiếp theo.*

NGÀY ĐIỀU TRỊ (tháng/ngày/năm) từ _____ đến _____

Giới hạn của việc cung cấp thông tin này (nếu có) _____

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ

Gardner Health Services (GHS) không được phép điều kiện hóa việc điều trị, thanh toán, ghi danh, hoặc hội đủ điều kiện nhận quyền lợi dựa trên giấy ủy quyền này. Việc từ chối ký mẫu đơn ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến quyền được điều trị của quý vị. Việc ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe bệnh nhân là hoàn toàn tự nguyện. Quý vị có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này nếu có yêu cầu.

Thời hạn hiệu lực: Giấy ủy quyền sẽ có hiệu lực trong vòng 12 tháng kể từ ngày ký trừ khi bị hủy bỏ.

Hủy bỏ: Quý vị có quyền hủy bỏ Giấy Ủy Quyền này vào bất kỳ lúc nào. Việc hủy bỏ phải được thực

hiện bằng văn bản, có chữ ký của quý vị hoặc người đại diện và gửi đến: ATTN: Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế (HIM), Gardner Health Services, 160 East Virginia Street, Suite 280, San Jose, CA 95112. Việc hủy bỏ sẽ có hiệu lực khi Gardner Health Services nhận được văn bản, trừ những trường hợp Gardner hoặc bên liên quan đã dựa vào giấy ủy quyền này trước đó.

Tiết lộ lại thông tin: Tôi hiểu rằng người yêu cầu không được phép sử dụng hoặc tiết lộ thêm thông tin sức khỏe nếu không có giấy ủy quyền khác từ tôi, trừ khi việc sử dụng hoặc tiết lộ đó được pháp luật yêu cầu hoặc cho phép.

CHỮ KÝ

Viết Chữ In Họ Và Tên: _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

*Chữ Ký Của Thanh Thiếu Niên: _____ Ngày: _____

*(**Bệnh nhân từ 12–17 tuổi** phải ký tên để cho phép cung cấp: kết quả bệnh truyền nhiễm, kết quả xét nghiệm di truyền, hồ sơ HIV/AIDS, thông tin sử dụng chất gây nghiện/rượu, sức khỏe sinh sản, và thông tin sức khỏe tâm thần.)*

GỬI YÊU CẦU

Nộp mẫu đơn đã điền đầy đủ tại bất kỳ địa điểm nào của GHS hoặc gửi đến Phòng ROI/HIM của Gardner theo một trong các cách dưới đây. Nếu mẫu đơn không đầy đủ, quý vị có thể nhận lại kèm theo thư giải thích thông tin cần bổ sung trước khi chúng tôi có thể cung cấp hồ sơ.

Gửi qua thư:	**Gửi qua fax:**	**Email:**
Gardner Health Services (Dịch Vụ Y Tế Gardner) Phòng ROI/HIM 160 E. Virginia St., Suite 280, San Jose, CA 95112	(408) 579-6139	medicalrecords@gfhn.org *QUAN TRỌNG:* *Khi quý vị gửi email, chúng tôi không thể đảm bảo việc mã hóa, khiến dữ liệu có thể bị lộ trong quá trình truyền tải. Việc gửi yêu cầu hồ sơ qua email đồng nghĩa với việc quý vị hiểu rõ điều này.*

Để được hỗ trợ về Hồ Sơ Y Tế vui lòng gọi số (408) 579-6112. Mọi thắc mắc khác vui lòng gọi số (408) 457-7100.

Chỉ Dành Cho Nhân Viên GHS

GHS Staff – complete the following **before** sending this ROI form to HIM RightFax

☐ Photo ID Verified and ☐ Copy of Photo ID Attached

Clinic/Site: _____ Reviewed By: _____
Print First & Last Name & Initial

☐ Faxed to HIM (408) 579-6139 on _____

***DO NOT** send ROIs with batches. Fax each ROI separately to HIM.*