

ĐƠN ỦY QUYỀN & TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO MẬT



PHÂN DÀNH RIÊNG CHO NHÂN VIÊN VĂN PHÒNG		PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN			
CERT #	Tên Họ Của Bệnh Nhân		Tên Gọi Của Bệnh Nhân		Tên Lót
	Tên Khác Được Dùng			Ngày Sinh	Số ASXH (4 Số Cuối)
	Số MRN (Nếu biết)	Địa Chỉ		Thành Phố	
	Tiểu Bang	Bưu Mã	Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng		

PHẦN 2: TÔI ỦY QUYỀN CHO CƠ QUAN Y TẾ QUẬN CAM TIẾT LỘ THÔNG TIN NÀY CHO:

Tên Cá Nhân hoặc Cơ Quan		Địa Chỉ	
Chỉ Định Tổng Quát (For 42 CFR Programs only)			
Thành Phố	Tiểu Bang	Tiểu Bang	Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng

PHẦN 3: MỤC ĐÍCH XỬ DỤNG CỦA ỦY QUYỀN NÀY

Bệnh Nhân Yêu Cầu
 Chăm Sóc/Điều Trị Y Tế Tiếp Nối
 Bảo Hiểm
 Pháp Lý
 Hồ Sơ Người Tàn Tật
 Mục Đích Khác:

PHẦN 4: NHỮNG THÔNG TIN CÓ THỂ ĐƯỢC CÔNG BỐ *(Xin điền phần A&B, và điền phần C nếu được yêu cầu và/hoặc có liên quan)*

A. Xin chỉ điền vào 1 ô:
 Hồ Sơ Y Tế PHI
 Tóm Tắt PHI

B. Xin điền vào những ô thích hợp cho những thể loại thông tin được công bố:

Kết Quả Xét nghiệm
 WIC
 AMM/MSN/MSI
 Sức Khỏe/Chủng Ngừa Trẻ Em
 Sức Khỏe Sản Phụ
 Phổi
 Phim Quang Tuyến
 Dịch Vụ Trẻ Em California (CCS)
 Điều Trị STD
 Răng
 Kết Quả Quang Tuyến
 Thông Tin Khác:

C. Yêu cầu quý vị viết tắt tên và thời hạn của những hồ sơ dưới đây sẽ được xử dụng hoặc công bố những thông tin có tính nhạy cảm:

Hồ Sơ Điều Trị Lạm Dụng Rượu và Ma Tuý **	Từ Ngày:	Đến Ngày:
Sức Khỏe Tâm Thần	Từ Ngày:	Đến Ngày:
Thử Nghiệm và Kết Quả HIV/AIDS	Từ Ngày:	Đến Ngày:

D. Cơ Sở Cung Cấp Dịch Vụ Điều Trị:
XIN VUI LÒNG XEM LẠI

Tôi đã đọc nội dung của đơn này. Tôi hiểu, đồng ý và cho phép Quận Cam xử dụng và tiết lộ thông tin của tôi như tôi đã nêu ở trên. Tôi cũng hiểu rằng việc ký vào đơn này là tự nguyện và việc điều trị, thanh toán chi phí hoặc điều kiện nhận trợ cấp sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào giấy ủy quyền này. Tôi có quyền rút lại sự ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng văn bản thông báo gửi cho Văn Phòng Lục Sự. Việc thu hồi sẽ có tác dụng đối với các tiết lộ mà Phòng Lục Sự đã thực hiện khi còn được ủy quyền. Thông tin được tiết lộ theo ủy quyền này có thể được tái tiết lộ bởi người nhận và không còn được bảo vệ bởi luật riêng tư liên bang (HIPAA). Luật tiểu bang hoặc luật liên bang khác có liên quan có thể yêu cầu người nhận phải được sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi tiết lộ lại thông tin, trừ trường hợp những luật đó cho phép. Tôi được nhận một bản sao của đơn này. Lệ phí có thể áp dụng cho một số yêu cầu. Bản sao của giấy ủy quyền nguyên thủy cũng được hợp lệ.

PHẦN 5: Chữ Ký Của Bệnh Nhân hoặc Của Người Đại Diện Hợp Pháp Được Chỉ Định **PHẦN 6: Ngày Ký**

X			
Người Đại Diện Hợp Pháp (tên đầy đủ viết chữ in)	Mối liên hệ pháp lý với bệnh nhân		
Địa Chỉ Của Người Đại Diện Hợp Pháp	Thành Phố	Tiểu Bang	Bưu Mã

**** LƯU Ý VỀ THÔNG TIN LẠM DỤNG RƯỢU VÀ MA TUÝ**

Thông tin được tiết lộ cho quý vị đã được bảo vệ bởi những quy định bảo mật của Liên Bang (CFR 42 phần 2). Quy định Liên Bang nghiêm cấm tái tiết lộ thông tin trừ khi được sự cho phép bằng văn thư của bệnh nhân hoặc được cho phép bởi CFR 42 phần 2. Sự ủy quyền thông thường cho việc tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là KHÔNG đủ hiệu lực. Luật Liên Bang áp dụng chặt chẽ việc xử dụng thông tin để điều tra hoặc truy tố bất kỳ sự lạm dụng rượu và ma tuý nào của bệnh nhân. Quý vị có quyền chiếu theo §2.13(d), rằng khi quý vị yêu cầu, quý vị sẽ được cung cấp một danh sách của những người mà thông tin của quý vị được công bố theo sự chỉ định tổng quát của văn bản thoả thuận này.

Xin gửi lại đơn đã hoàn tất cho: HCA Custodian of Records • Fax (714) 835-9312 • 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 125 Santa Ana, CA 92701 • Phone (714) 834-3536 • Website: <http://ochealthinfo.com/records> • COR@ochca.com