



TIN TỨC BẢO MẬT CỦA BỆNH NHÂN

Xin xem bộ luật: Cal. W & I Code Đoạn 5328 và
45 CFR, Phần 164

Tin tức của bệnh nhân

Quận Cam Cơ Quan Y Tế Dịch Vụ Sức Khỏe Hạnh Kiếm

ĐƠN CHO PHÉP THU ÂM/QUAY PHIM

Tôi tên là, _____, cho phép được
Tên của bệnh nhân hoặc người sẽ được thu âm/thu ảnh

- thu âm mà thôi
 thu âm và quay phim

thu âm/thu ảnh cuộc cố vấn tâm lý trị liệu của tôi. Tôi hiểu rằng một số hoặc tất cả tài liệu thu âm/thu ảnh chỉ được dùng với mục đích giảng dạy hoặc huấn luyện mà thôi và sau khi sử dụng xong thì tất cả các tài liệu sẽ được xóa bỏ. Tôi hiểu thêm rằng tất cả các tài liệu thu âm hoặc thu ảnh này sẽ không được sang lại dưới bất cứ hình thức nào vì tất cả các tài liệu này đều được bảo vệ bởi các luật của Liên Bang và Tiểu Bang trong mục bảo mật hồ sơ và các tin tức trị liệu cho bệnh nhân. Thêm vào đó, tất cả tài liệu thu thập chỉ được sử dụng bởi các nhân viên có quyền, các thiện nguyện viên hoặc các sinh viên làm việc cho sở Y Tế của Quận Cam/Các Dịch Vụ Tâm Thân và Nghiện Ma Túy.

Tôi hiểu rằng tôi có thể xóa bỏ đơn cho phép này bất cứ lúc nào, và ký đơn này hoặc cho phép thu âm/thu ảnh không phải là một điều kiện để được lãnh nhận các dịch vụ mà tôi đang được lãnh nhận. Thêm vào đó, tôi hiểu rằng đơn cho phép này sẽ hết giá trị sau khi tôi ngưng không chữa trị nữa trừ khi tôi quyết định thu lại sự cho phép của tôi trước ngày tôi ngưng chữa trị.

Chữ ký của bệnh nhân

Ngày, tháng, năm

Chữ ký của người làm chứng

Ngày, tháng, năm

Chữ ký của nhân viên trưởng chương trình

Ngày, tháng, năm

Original to: Clinical Record

Copy to: Service Chief, Client