

ĐƠN ỦY QUYỀN & TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO MẬT

**LƯU Ý: TẤT CẢ NHỮNG MỤC CÓ ĐÁNH SỐ
PHẢI ĐƯỢC HOÀN TẤT ĐỂ VIỆC ỦY
QUYỀN CÓ GIÁ TRỊ**

PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

Tên Họ Của Bệnh Nhân:

Tên Khác Được Dùng:

Ngày Sinh:

Số ASXH (4 Số Cuối):

Địa Chỉ:

Thành Phố:

Tiểu Bang:

Bưu Mã:

PHẦN 2: CƠ QUAN Y TẾ CÓ THỂ TIẾT LỘ THÔNG TIN NÀY CHO

☐ TỰ THÂN / GIỐNG NHƯ
TRÊN

(nếu giống như trên, hãy để trống
phần này)

Tên Cá Nhân Hoặc Cơ Quan:

Địa Chỉ:

Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng:

MONG MUỐN ĐƯỢC NHẬN: (Chỉ Chọn Một)

☐ Gửi Qua Thư

☐ Đến Lấy

☐ Gửi Qua Thư Điện Tử

PHẦN 3: MỤC ĐÍCH XỬ DỤNG CỦA ỦY QUYỀN NÀY

☐ Bệnh Nhân Yêu Cầu

☐ Chăm Sóc/Điều Trị Y Tế Tiếp Nối

☐ Mục Đích Khác:

PHẦN 4: NHỮNG THÔNG TIN CÓ THỂ ĐƯỢC CÔNG BỐ

Chỉ Chọn Một:

☐ Hồ Sơ Bệnh Án

☐ Tóm Tắt Điều Trị (Lá Thư)

(Các) Phòng Khám Nơi Nhận Các Dịch Vụ: _____

Từ Ngày: _____

Đến Ngày: _____

☐ Sức Khỏe Gia Đình

☐ Điều Trị STD

☐ Chích Ngừa

☐ Thanh Toán

☐ Kết Quả/Phim X-Quang

☐ Phổi

☐ Sức Khỏe Trẻ Em

☐ Dịch Vụ Trẻ Em California
(CCS)

☐ WIC

☐ Răng

☐ Mục Đích Khác:

Xin **VIẾT TẮT TÊN** và **KHOẢNG THỜI GIAN** của các hồ sơ cần được công bố đều **BẮT BUỘC**
phải điền vào các **Ô MÀU VÀNG** bên dưới để công bố các loại hồ sơ thông tin nhạy cảm sau:

VIẾT TẮT TÊN

**Hồ Sơ Điều Trị Lạm Dụng Rượu và
Ma Túy ***

Từ Ngày: _____ Đến Ngày: _____

****Thông Tin Về Lạm Dụng Rượu Và Ma Túy: 42 CFR phần 2 cấm tiết lộ trái phép
những hồ sơ này.**

VIẾT TẮT TÊN

Sức Khỏe Tâm Thần

Từ Ngày: _____ Đến Ngày: _____

VIẾT TẮT TÊN

Thử Nghiệm và Kết Quả HIV/AIDS

Từ Ngày: _____ Đến Ngày: _____

PHẦN 5: CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN VÀ NGÀY THÁNG

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.

CHỮ KÝ: _____ NGÀY THÁNG _____

IN TÊN NGƯỜI KÝ: _____

*** Nếu Không Phải Là Bệnh Nhân: Xin Viết Tên Họ Và Chữ Ký Của Người Giám Hộ, Người Quản Lý Tài Sản, Hoặc Người Đại Diện Cá Nhân***
*** PHẢI NỘP BẰNG CHỨNG VỀ QUYỀN HỢP PHÁP**

XIN GỬI LẠI ĐƠN ĐÃ HOÀN TẤT CHO: COR@ochca.com ĐỂ ĐƯỢC XỬ LÝ.
HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701
Điện Thoại: 714-834-3536 Trang Web: <http://ochealthinfo.com/records>