

Chỉ Dẫn Điền vào Mẫu Ủy Quyền về Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI)

Các chỉ dẫn này được thiết kế để giúp trả lời cho bất cứ câu hỏi nào có thể phát sinh khi điền *Mẫu Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ*.

Phần A-

Tên Bệnh Nhân	Tên của người nhận (các) dịch vụ y khoa.
Ngày Sinh	Ngày sinh của bệnh nhân.
Điện Thoại của Bệnh Nhân	Số điện thoại có thể dùng để liên lạc với bệnh nhân.
Số An Sinh Xã Hội	Bốn số sau cùng số an sinh xã hội của bệnh nhân. - <i>Phần này là tùy chọn.</i>
Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ	Tên của cơ sở hoặc bệnh viện nơi đã phục vụ cho bệnh nhân.
Địa Chỉ của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ	Địa Chỉ Gửi Thư đầy đủ của cơ sở hoặc bệnh viện.
Tên Người Nhận	Tên người được bệnh nhân cho phép nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ theo yêu cầu.
Địa Chỉ Người Nhận	Địa chỉ gửi thư đầy đủ cho “Người Nhận” đã được quy định. Nhớ bao gồm số zip của quý vị.
Điện Thoại Người Nhận	Một số điện thoại có thể dùng để liên lạc với người nhận về thông tin y khoa.
Yêu Cầu Chuyển Giao	Nêu rõ cách người nhận sẽ nhận thông tin theo yêu cầu như thế nào.
Email	Chỉ điền vào nếu có yêu cầu eDelivery (Chuyển giao bằng điện tử).
Ngày hoặc Sự Kiện hết hạn	Ủy quyền sẽ hết hạn trong 90 ngày trừ khi được ghi nhận khác đi trên mẫu đơn này.
Mục Đích của Sự Tiết Lộ	Giải thích lý do tại sao yêu cầu có thông tin sức khỏe được bảo vệ theo yêu cầu.
Ghi Chú về Liệu Pháp Tâm Lý	Đánh dấu vào ô “Có” nếu thông tin được yêu cầu có liên quan tới liệu pháp tâm lý. Đánh dấu vào ô “Không” nếu thông tin không có liên quan tới liệu pháp tâm lý.
Mô tả Thông Tin sẽ được Sử Dụng hoặc Tiết Lộ	<p>Mô tả- Đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất loại thông tin sức khỏe đã yêu cầu để sử dụng hoặc tiết lộ.</p> <p>Xin lưu ý: <u>BẢN TÓM TẮT</u> chỉ bao gồm tờ tóm lược các điểm chính, tóm lược xuất viện, bệnh sử và sức khỏe, tham khảo, đường hướng, quang tuyến và báo cáo kết quả thí nghiệm và bất cứ báo cáo phẫu thuật nào .</p> <p>(Các) Ngày- Cho biết ngày phục vụ có liên quan tới thời điểm điều trị y khoa. Nêu thông tin theo yêu cầu có liên quan tới thời gian lưu ngụ trong bệnh viện của bệnh nhân nội trú, cho biết ngày xuất viện.</p> <p>Đồng Ý cho Tiết Lộ - Ký tắt vào ô này nếu quý vị xác nhận và đồng ý cho tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ trong đó có thể có thông tin về lạm dụng rượu/ma túy, tâm thần, thử HIV, kết quả HIV, hoặc bệnh AIDS.</p>

Chỉ Dẫn Điền vào Mẫu Ủy Quyền về Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI)

Phần B-

Phần này cần được điền vào chỉ khi nào yêu cầu là nhằm các mục đích tiếp thị và bệnh nhân được bồi hoàn để đổi lấy thông tin này. Chọn “Có” hoặc “KHÔNG”. Nếu “Có,” hãy giải thích ngắn gọn.

Phần C-

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ Hoặc Đại Diện Riêng	Lúc nào cũng cần phải có chữ ký của bệnh nhân, trừ khi bệnh nhân là một trẻ vị thành niên hoặc một đại diện pháp lý đã được chỉ định.
Ngày Ký	Cho biết ngày mà mẫu cho phép này đã được ký tên.
Tên Viết Chữ In của Bệnh Nhân/Người Giám Hộ Hoặc Đại Diện Riêng	Tên viết chữ in của người đã ký tên vào mẫu cho phép này.
Quan Hệ của Người Đại Diện Riêng đối với Bệnh Nhân	Nếu có người không phải là bệnh nhân ký tên vào mẫu cho phép, thì phải cung cấp bản mô tả về quyền hạn hành động thay mặt cho bệnh nhân của người đại diện (thí dụ quyền Đại Diện Y Tế, Người Thi Hành Về Địa Ốc, hoặc Người Giám Hộ Về Pháp Lý). Ngoài ra, xin bao gồm bản sao của tất cả các tài liệu hỗ trợ (thí dụ bản sao của quyền đại diện y tế, lệnh toà cho người Thi Hành về Địa Ốc, hoặc lệnh toà về quyền giám hộ).

Please return to:

Riverside Community Hospital

ATTN: HIM/ MEDICAL RECORDS

4445 MAGNOLIA AVE.

RIVERSIDE, CA 92501

Phone: 951-788-3165 | Fax: 951-788-3175

Giấy cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe được Bảo Vệ

Phần A: Phần này phải được điền vào cho tất cả các giấy cho Phép

Tên Bệnh Nhân:	Ngày Sinh:	Điện Thoại của Bệnh Nhân:	4 chữ số sau cùng của số An Sinh Xã Hội (tùy chọn)
-----------------------	-------------------	----------------------------------	---

Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ: Riverside Community Hospital	Tên Người Nhận:
--	------------------------

Địa Chỉ của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ: 4445 MAGNOLIA AVE. RIVERSIDE, CA 92501	Địa chỉ 1:		
	Địa chỉ 2:	Điện Thoại Người Nhận:	
	Thành phố:	Tiểu bang:	Số Zip:

Yêu Cầu Chuyển Giao (Nếu để trống, một bản sao trên giấy sẽ được cung cấp): Bản Sao Trên Giấy Phương Tiện Bằng Điện Tử, nếu có (*thí dụ, USB drive, CD/DVD, eDelivery*) Email được mã hóa Email không được mã hóa

GHI CHÚ: Trong trường hợp cơ sở không thể thích nghi cho việc chuyển giao bằng điện tử theo yêu cầu, một phương pháp chuyển giao khác sẽ được cung cấp (*thí dụ, bản sao trên giấy*). Có một số mức rủi ro mà bên thứ ba có thể nhìn thấy PHI của quý vị mà không có sự chấp thuận của quý vị khi nhận được phương tiện bằng điện tử hoặc email không được mã hóa. Chúng tôi không chịu trách nhiệm việc tiếp cận trái phép đối với PHI có trong dạng thức này hoặc bất kỳ rủi ro nào (*thí dụ, vi rút*) có thể xâm nhập vào máy vi tính/dụng cụ của quý vị khi nhận PHI dưới dạng thức điện tử hoặc email.

Địa Chỉ Email (Nếu là email đánh dấu vào ở trên. Xin viết chữ in rõ ràng):

Sự cho phép này sẽ hết hạn vào ngày sau đây: (Điền vào Ngày hoặc Sự Kiện nhưng không được cả hai.)
Ngày: _____ **Sự Kiện:** _____

Mục Đích của Sự Tiết Lộ:

Mô tả thông tin sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ

Có phải yêu cầu này là để ghi lại liệu pháp về tâm lý hay không? Có, thế thì đây là mục duy nhất mà quý vị có thể yêu cầu trên giấy cho phép này. Quý vị phải nộp một giấy cho phép khác cho các mục khác dưới đây. Không, thì quý vị có thể đánh dấu vào bao nhiêu mục cũng được dưới đây nếu cần.

Mô tả:	Ngày:	Mô tả:	Ngày:	Mô tả:	Ngày:	
<input type="checkbox"/> Chỉ cho phần TÓM LƯỢC <input type="checkbox"/> Toàn bộ hồ sơ y khoa của tôi (tất cả PHI – Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân) <input type="checkbox"/> Mẫu thu nhận <input type="checkbox"/> Các báo cáo được đọc cho đánh máy <input type="checkbox"/> Đơn đặt của bác sĩ <input type="checkbox"/> Nhập vào/xuất ra <input type="checkbox"/> Thử nghiệm lâm sàng		<input type="checkbox"/> Các tờ ghi y khoa <input type="checkbox"/> Thông tin về phẫu thuật <input type="checkbox"/> Phòng rọi hình tim <input type="checkbox"/> Thử nghiệm/liệu pháp đặc biệt <input type="checkbox"/> Các que thử về nhịp điệu <input type="checkbox"/> Thông tin điều dưỡng <input type="checkbox"/> Các mẫu thuyên chuyển <input type="checkbox"/> Thông tin phòng cấp cứu (ER)		<input type="checkbox"/> Tóm lược về đau bụng đẻ/sinh nở <input type="checkbox"/> Đánh giá điều dưỡng thai sản (OB) <input type="checkbox"/> Tờ chảy sau khi sinh <input type="checkbox"/> Hóa đơn được phân thành nhiều mục: <input type="checkbox"/> UB-04: <input type="checkbox"/> Khác: <input type="checkbox"/> Khác:		

Tôi xác nhận, và đồng ý với những điều trên, là việc tiết lộ thông tin có thể có các thông tin về lạm dụng rượu, ma túy, thông tin về di truyền, tâm thần, thử HIV, kết quả HIV hoặc bệnh AIDS.

(Ký tắt)

Tôi hiểu rằng:

1. Tôi có thể từ chối ký vào giấy cho phép này và điều này hoàn toàn có tính cách tự nguyện.
2. Cuộc điều trị của tôi, trả tiền, ghi danh hoặc khả năng hội đủ điều kiện hưởng các quyền lợi không được đặt ra để làm điều kiện ký tên vào giấy cho phép này.
3. Tôi có thể rút lại giấy cho phép này vào bất cứ lúc nào trên văn bản, nhưng nếu làm như vậy, nó sẽ không có bất cứ ảnh hưởng nào đối với bất kỳ hành động nào đã được đảm nhận trước khi nhận được đơn rút lại. Các chi tiết khác có thể tìm thấy trong bản Thông Báo các Thực Thi Về Quyền Riêng Tư.
4. Nếu người yêu cầu hoặc người nhận không phải là một chương trình sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thông tin được tiết lộ không còn được bảo vệ theo các quy định về quyền riêng tư của liên bang và có thể được tái tiết lộ.
5. Tôi hiểu rằng tôi có thể xem và nhận một bản sao của thông tin được nêu trên mẫu đơn này, với một lệ phí sao chép hợp lý, nếu tôi yêu cầu làm điều này.
6. Tôi nhận được một bản sao của mẫu đơn này sau khi đã ký tên vào đó.

Phần B: Có phải yêu cầu PHI nhằm mục đích tiếp thị và/hoặc có phải nó liên quan đến việc bán PHI không? Có Không

Nếu có, chương trình sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe phải điền vào Phần B, nếu không thì bỏ qua tới Phần C.

Liệu người nhận có được đền bù về tài chánh để đổi lấy việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin này không? Có Không

Nếu có, hãy cho biết:

Người nhận PHI có được trao đổi thêm về thông tin để được bồi hoàn về tài chánh không?

Có Không

Phần C: Chữ ký

Tôi đã đọc những điều ở trên và cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ như đã nêu.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Đại Diện của Bệnh Nhân:

Ngày:

Tên Viết Chữ In của Đại Diện Bệnh Nhân:

Quan Hệ với Bệnh Nhân:



ROI

Please return to:

Riverside Community Hospital

ATTN: HIM/ MEDICAL RECORDS

4445 MAGNOLIA AVE.

RIVERSIDE, CA 92501

Phone: 951-788-3165 | Fax: 951-788-3175