|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://intranet/docs/qm/communications/logo/HCA_Hybrid_Rectangle-color.jpgĐƠN ỦY QUYỀN & TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO MẬT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PHẦN 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) | | | |
| Email: | | | | | | | | | | | | Số Điện Thoại Bao Gồm Số Vùng | | | | | | | | | | |
| Địa Chỉ | | | | | | | Thành Phố | | | | | | | | | Tiểu Bang | | | | | Bưu Mã | |
| PHẦN **2**: THÔNG TIN CÓ THỂ LIÊN QUAN | | | | | | | | | | Kiểm tra xem có giống như trên không | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 UỶ 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  (Cần có các bước 1, 3 và 4. Hoàn thành bước 2 để biết cụ thể) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bước 1. Chỉ chọn một :  Hồ sơ bệnh án  Tóm tắt điều trị | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Bước 2. Chọn loại hồ sơ được cung cấp : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sức khoẻ gia đình | | | Điều Trị STD | | | | Dịch Vụ Trẻ Em California (CCS) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kết quả/ Phim X-quang | | | Phổi | | | | WIC  Chích ngừa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AMM/MSN/MSI | | | Răng | | | | Thông Tin Khác: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yêu câu 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 Khoẻ Tâm Thần** | | | | | | | | | | | **Từ Ngày:** | | | | | | | **Đến Ngày:** | | | | | |
|  | **Thử Nghiệm và Kết Quả HIV/AIDS** | | | | | | | | | | | **Từ Ngày:** | | | | | | | **Đến Ngày:** | | | | | |
| Bước 3. (Các) phòng khám nơi nhận các dịch vụ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bước 4. Mong muốn được nhận: | | | | | Gửi qua thư điện tử | | | | | | | | | | Gửi qua thư | | | | | | | Đến lấy | | |
| 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 thuỷ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* LƯU Ý VỀ THÔNG TIN LẠM DỤNG RƯỢU VÀ MA TUÝ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 CFR phần 2 cấm tiết lộ trái phép những hồ sơ này. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Xin gửi lại đơn đã hoàn tất cho: HCA Custodian of Records ● 200 W. Santa Ana Blvd., Suite 180Santa Ana, CA 92701 ● Phone (714) 834-3536 ● Website: http://ochealthinfo.com/records ● COR@ochca.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |