

Số hồ sơ y tế

Số tài khoản

FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ SỨC KHỎE

Tên bệnh nhân: Họ	Tên	Chữ đệm
Địa chỉ nhà:		
Điện thoại nhà:		
Ngày sinh:		
Nêu cụ thể thông tin sẽ được tiết lộ: Ngày _____		
<input type="checkbox"/> Lịch sử và bệnh lý	<input type="checkbox"/> Kết quả phòng thí nghiệm	<input type="checkbox"/> Tham khảo
<input type="checkbox"/> X-Ray kết quả	<input type="checkbox"/> Báo cáo khác	<input type="checkbox"/> Bản ghi ER
<input type="checkbox"/> Khác _____		
<p>Bằng cách đánh dấu vào ô bên cạnh một loại thông tin có độ bảo mật cao liệt kê bên dưới và ký tên vào hàng tương ứng sau khi đã đánh dấu vào ô, tôi cho phép cụ thể việc sử dụng và/hoặc tiết lộ loại thông tin có độ bảo mật cao được nêu bên cạnh chữ ký của tôi, nếu có bất kỳ thông tin nào trong đó được sử dụng hoặc tiết lộ theo Giấy cho phép này:</p>		
<input type="checkbox"/> Bệnh tâm thần _____		
<input type="checkbox"/> Khuyết tật phát triển _____		
<input type="checkbox"/> Ghi chú trị liệu tâm lý _____		
<input type="checkbox"/> Thử, Chẩn đoán, hay Điều trị HIV/AIDS (bất kể kết quả) _____		
<input type="checkbox"/> Kết quả thử HIV _____		
<input type="checkbox"/> Bệnh lây nhiễm _____		
<input type="checkbox"/> Lạm dụng thuốc, Phòng chống hay Điều trị _____		
<input type="checkbox"/> Tấn công tình dục _____		
<input type="checkbox"/> Xâm hại hay bỏ mặc trẻ em _____		
<input type="checkbox"/> Kiểm tra di truyền _____		
<input type="checkbox"/> Lạm dụng trong gia đình _____		
<input type="checkbox"/> Lạm dụng người lớn tuổi _____		
<input type="checkbox"/> Khác _____		
BÊN NHẬN: Tên của người hay nhóm người mà BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY có thể tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi:		
ĐỊA CHỈ: Địa chỉ của bên nhận hay nơi mà thông tin về sức khỏe của tôi sẽ được gửi đến:		

Số hồ sơ y tế

Số tài khoản

THỜI HẠN: Giấy cho phép này sẽ giữ nguyên hiệu lực:

- Kể từ ngày trên Giấy cho phép này cho đến ngày ____ tháng ____ năm ____.
- Cho đến khi BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY đáp ứng yêu cầu này.
- Cho đến khi sự việc sau đây xảy ra _____
- Khác _____

MỤC ĐÍCH: Tôi cho phép BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY sử dụng hay tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi (bao gồm thông tin có độ bảo mật cao tôi đã chọn bên trên, nếu có) trong thời hạn của Giấy cho phép này vì (các) mục đích cụ thể sau đây:

Ghi chú: “theo yêu cầu của Bệnh nhân” là đủ nếu Bệnh nhân ký vào Giấy cho phép này: _____

Tôi biết rằng một khi BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi cho bên nhận, BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY không thể đảm bảo sẽ không tiết lộ lại thông tin về sức khỏe của tôi cho một bên thứ ba. Bên thứ ba có thể không bị yêu cầu phải tuân thủ Giấy cho phép này hay luật áp dụng điều chỉnh việc sử dụng và tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi.

Tôi biết rằng BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY có thể, trực tiếp hay gián tiếp, nhận thù lao từ một bên thứ ba liên quan đến việc sử dụng hay tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi.

Tôi biết rằng tôi có thể vào bất cứ lúc nào thực hiện một yêu cầu bằng văn bản để BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY kiểm tra và/hoặc có được một bản sao thông tin về sức khỏe của tôi, và rằng BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY sẽ hoặc, trong vòng năm ngày đối với một yêu cầu kiểm tra và mười lăm ngày đối với một yêu cầu cấp bản sao, giải quyết yêu cầu và liên hệ với tôi để thu xếp thời gian thích hợp để kiểm tra và/hoặc cấp bản sao thông tin về sức khỏe của tôi hoặc cung cấp cho tôi một văn bản từ chối yêu cầu này nêu rõ lý do từ chối, các quyền kiểm tra của tôi (nếu có), và những hướng dẫn về cách thức và nơi tôi có thể gửi khiếu nại về việc từ chối đó.

Tôi biết rằng tôi có thể từ chối ký tên hay có thể rút lại (vào bất cứ lúc nào) Giấy cho phép này vì bất kỳ lý do nào và rằng sự từ chối hay rút lại này sẽ không ảnh hưởng đến việc khởi sự, tiếp tục hay chất lượng của việc điều trị cho tôi tại BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY; tuy nhiên, ngoại trừ, nếu việc điều trị của tôi tại BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY chỉ duy nhất vì mục đích tạo ra thông tin sức khỏe để tiết lộ cho bên nhận được xác định trong Giấy cho phép này, trong trường hợp đó BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY có thể từ chối điều trị cho tôi nếu tôi không ký Giấy cho phép này.

Tôi biết rằng, vào bất cứ lúc nào trong thời hạn Giấy cho phép này có hiệu lực, tôi có thể lập một yêu cầu bằng văn bản để được nhận một bản sao của Giấy cho phép này.

Số hồ sơ y tế

Số tài khoản

Yêu cầu bằng văn bản này sẽ được gửi cho Văn phòng Riêng của BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY tại địa chỉ nêu dưới đây.

Tôi biết rằng Giấy cho phép này sẽ giữ nguyên hiệu lực cho đến khi thời hạn của Giấy cho phép này hết hiệu lực hoặc khi tôi cung cấp một thông báo bằng văn bản về việc rút lại Giấy cho phép này gửi cho Văn phòng Riêng của BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY tại địa chỉ nêu dưới đây. Việc rút lại Giấy cho phép này sẽ có hiệu lực ngay tức khắc khi BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY nhận được thông báo bằng văn bản của tôi, trừ khi việc rút lại Giấy cho phép này sẽ không ảnh hưởng gì đến bất kỳ hành động nào của BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY liên quan đến Giấy cho phép này trước khi họ nhận được thông báo rút lại Giấy cho phép bằng văn bản của tôi.

Tôi có thể liên hệ với BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY theo số (714) 966-8021 hoặc qua email tại FVR-Privacy.Security@tenethealth.com

Tôi đã đọc và hiểu rõ các điều khoản của Giấy cho phép này và tôi đã có cơ hội đặt ra các câu hỏi về việc sử dụng và tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi. Khi ký tên bên dưới, tôi qua đây, một cách có ý thức và tự nguyện, cho phép BỆNH VIỆN VÙNG FOUNTAIN VALLEY sử dụng và tiết lộ thông tin về sức khỏe của tôi theo cách thức nêu trên.

Chữ ký của Bệnh nhân

Ngày

Nếu Bệnh nhân còn vị thành niên hoặc vì lý do nào khác không thể ký tên vào Giấy cho phép này, phải có các chữ ký sau đây:

Chữ ký của Người đại diện Cá nhân

Mô tả thẩm quyền

Ngày

Vui lòng hoàn tất tất cả các mục trên và gửi lại

FAX: (714) 966-3352

Mail: FOUNTAIN VALLEY REGIONAL HOSPITAL

Release of Information

11170 Warner Ave, Ste 102

Fountain Valley, CA 92708

E-mail: FVR-Privacy.Security@tenethealth.com

Liên hệ trực tiếp tại (714) 966-8027 nếu bạn có bất kỳ câu hỏi hoặc yêu cầu nào khác.

Số hồ sơ y tế	Số tài khoản
---------------	--------------

* **For Internal Use Only:** The identity of the requestor has been validated either with a government issued picture ID, such as a driver's license or passport, or comparison of signatures documented in the PHI records.

Signature of employee verifying identity