

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
(VIETNAMESE)

Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial - Community Healthlink
 UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Location: _____

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME: _____

ADDRESS: _____

BIRTHDATE/AGE: _____

SEX: _____

HAR/CSN: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho đơn vị được đánh dấu ở trên, nhân viên, và/hoặc đại lý của đơn vị đó, (CHỌN MỘT PHƯƠNG ÁN):

Yêu cầu & Nhận thông tin từ chuyên viên chăm sóc sức khỏe/tổ chức được ghi rõ dưới đây.

Tiết lộ thông tin từ hồ sơ y tế của bệnh nhân có tên ở trên cho người nhận được ghi rõ dưới đây.

Bản thân (xem ở trên)

Bác sĩ chăm sóc sức khỏe

(không tính phí nếu được chuyển thẳng đến văn phòng của bác sĩ)

Tổ chức/Cá nhân/Người khác

(Công ty bảo hiểm, luật sư, v.v.)

Tên: _____

Địa chỉ đường: _____

P.O. Box / Căn hộ số: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang: _____

Mã Zip: _____

Điện thoại: _____

Fax: _____

Email: _____

MỤC ĐÍCH TIẾT LỘ THÔNG TIN NÀY LÀ ĐỂ:

Đặt hẹn với chuyên gia

Luật sư/Tư vấn hợp pháp lý

Giao tiếp bằng lời

Chuyển dịch vụ chăm sóc sang bác sĩ mới

Khuyết tật/Đơn xin bảo hiểm/Yêu cầu thanh toán bảo hiểm

Sử dụng cá nhân

Người chăm sóc

KHÁC (nếu rõ): _____

Kiểm tra trước khi tuyển dụng

PHÍ MỘT BẢN: Theo HIPAA 45 CFR, 164.524, chúng tôi có quyền tính phí hợp lý để sao chụp và gửi qua đường bưu điện.

Các khoản phí này không bao giờ vượt quá mức luật định của Massachusetts (MGL Chương 111; Phần 70).

Hướng dẫn: Vui lòng chọn MỘT trong ba lựa chọn dưới đây bằng cách đánh dấu chọn ô thích hợp.

1. (Các) lần thăm khám riêng lẻ. Vui lòng đánh dấu chọn ô Tóm tắt ngày thăm khám hoặc Toàn bộ ngày thăm khám.

Tóm tắt ngày thăm khám. Bao gồm các thành phần quan trọng của (các) ngày thăm khám cụ thể bao gồm: báo cáo, xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm, chụp x-quang, EKG, PFT, danh sách đối chiếu thuốc, các loại dị ứng và báo cáo của bác sĩ). Bản tóm tắt bao gồm các thông tin thường được yêu cầu nhiều nhất và ít tiên hơn.

Toàn bộ ngày thăm khám. Bao gồm bất kỳ và mọi hồ sơ liên quan đến (các) ngày thăm khám cụ thể.

(Các) ngày từ: _____

Đến: _____

2. Các dịch vụ cụ thể. Nếu bạn muốn CHỈ nhận (các) bản dịch vụ cụ thể, vui lòng CHỈ chọn (các) loại báo cáo mà bạn yêu cầu và cung cấp ngày/khoảng thời gian (khi cung cấp dịch vụ) trên dòng dưới đây.

(Các) ngày từ: _____

Đến: _____

Nghiên cứu tim - Tim

(Các) báo cáo giải phẫu/thủ thuật

Tư vấn

(Các) báo cáo bệnh học

Tóm tắt xuất viện

(Các) biểu mẫu chăm sóc xuất viện dành cho bệnh nhân

Xét nghiệm thần kinh: EEG, EMG, Nghiên cứu về giấc ngủ

Nghiên cứu về phổi: Xét nghiệm chức năng phổi

Hồ sơ ghi chép dịch vụ cấp cứu

Báo cáo x-quang

Hồ sơ chứng ngừa

Hồi sức: Vật lý trị liệu, trị liệu hướng nghiệp, trị liệu ngôn ngữ

Báo cáo xét nghiệm (xét nghiệm máu)

Khác (nếu rõ): _____

Ghi chú của văn phòng/phòng khám dành cho Bác sĩ _____

Khác (nếu rõ): _____

3. Toàn bộ hồ sơ bệnh án. Vui lòng đánh dấu chọn HOẶC ô Tóm tắt hồ sơ bệnh án hoặc Toàn bộ hồ sơ bệnh án.

Lưu ý: Tóm tắt và/hoặc Toàn bộ hồ sơ bệnh án có thể bao gồm cả hơn hai mươi (20) năm ghi chép hồ sơ kể từ ngày thăm khám mới nhất của bạn.

Tóm tắt của toàn bộ hồ sơ bệnh án. Bao gồm các thành phần quan trọng của (các) ngày thăm khám cụ thể bao gồm: báo cáo, xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm, chụp x-quang, EKG, PFT, danh sách điều soát thuốc, các loại dị ứng và báo cáo của bác sĩ). Bản tóm tắt bao gồm các thông tin thường được yêu cầu nhiều nhất và ít tiên hơn.

Toàn bộ hồ sơ bệnh án. Bao gồm bất kỳ và mọi hồ sơ trong toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Xin lưu ý rằng việc chọn lựa chọn này có thể có một khoản phí đáng kể để chuẩn bị hồ sơ.

ĐƯỢC BẢO VỆ THEO LUẬT PHÁP TIỂU BANG HOẶC LIÊN BANG

Tôi hiểu rằng hồ sơ sức khỏe của tôi có thể bao gồm những thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần, rối loạn sử dụng rượu/chất, tấn công tình dục, bệnh lây truyền qua đường tình dục, phá thai, xét nghiệm gen, HIV/AIDS, bạo hành gia đình, bạo hành gia đình, hoặc thông tin khác mà tôi có thể cho là nhạy cảm của tôi. **Bạn phải ký tắt vào các loại nội dung dưới đây hoặc thông tin đó sẽ KHÔNG được tiết lộ.**

___ Phá thai - Mẫu đồng ý hoặc Lệnh của tòa án

___ Kết quả xét nghiệm tầm soát gen

___ Tư vấn về tấn công tình dục

___ Tư vấn về bạo hành gia đình

___ Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS

___ Bệnh lây truyền qua đường tình dục

___ Chi tiết về chẩn đoán sức khỏe tâm thần và/hoặc điều trị được thực hiện bởi Chuyên gia tâm lý, Chuyên gia tâm thần, Y tá chuyên khoa lâm sàng về sức khỏe tâm thần, Nhà tư vấn về sức khỏe tâm thần được cấp phép và Nhân viên xã hội có giấy phép

___ Rối loạn sử dụng rượu/chất; phải nêu rõ tính chất chính xác của thông tin cần thiết

___ KHÁC (nếu rõ): _____

Vui lòng tiếp tục ở mặt sau



