

**GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN LIÊN QUAN VỀ Y TẾ, TÂM THẦN,
SỬ DỤNG RƯỢU, MA TỬY, VÀ NHIỄM HIV**

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN:

Tên Bệnh nhân/Khách hàng _____

Ngày sinh _____ Số an sinh xã hội _____ Số điện thoại _____

Nhà danh/Tên khác đang trong quá khứ _____

Giấy phép này hiệu lực Từ _____ Đến _____

GIAI THÍCH:

Giấy phép này theo đúng quy định của luật tiểu bang về liên bang về việc tiết lộ và tiếp nhận Thông tin bí mật về Sức khỏe của bệnh nhân (Protected/Patient Health Information (PHI)).

CHO PHÉP:

Tôi cho phép viên chức y tế hoặc cơ quan sau đây được tiết lộ thông tin trong hồ sơ y tế của tôi đến người nhận được ghi bên dưới, mặc dù tất cả thông tin bí mật và/hoặc đặc quyền.

Từ: Tên _____
Địa chỉ _____
Thành phố, Tiểu bang, Zip code _____

Đến ai: Tên _____
Địa chỉ _____
Thành phố, Tiểu bang, Zip code _____

MỤC ĐÍCH:

Nuôi dưỡng yêu cầu hồ sơ Hồ sơ Chính nhân Tiếp tục Chăm sóc Sức khỏe
 Khác (mô tả cụ thể) _____

Tôi muốn được: Xem Nhận Bản sao Nhận bản Tóm lược về:

THÔNG TIN CỬ THỂ TIẾT LỘ:

Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ thông tin liên quan đến
 Lạm dụng chất nghiện Thông tin HIV Tâm thần/Sức khỏe tâm thần

Sự tiết lộ phải bao gồm những thông tin dưới đây. Hãy đánh dấu vào hồ sơ áp dụng.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Giấy phép/Định bệnh/Kế hoạch điều trị | <input type="checkbox"/> Báo cáo thử nghiệm |
| <input type="checkbox"/> Hồ sơ lúc nằm viện | <input type="checkbox"/> Hồ sơ khám ngoài viện |
| <input type="checkbox"/> Hồ sơ điều trị Khủng hoảng | <input type="checkbox"/> Hồ sơ Tài chính |
| <input type="checkbox"/> Kết quả ASAM | <input type="checkbox"/> Sổ toa thuốc |
| <input type="checkbox"/> Khác (Ghi cụ thể) _____ | <input type="checkbox"/> Kết quả thử ma túy |
| Mẫu kiểm tra theo dõi (ghi rõ mẫu) _____ | |

NGOẠI LỆ: Thông tin bạn không muốn tiết lộ (ghi cụ thể):

Tôi hiểu rằng những thông tin trên sẽ không được tiết lộ nếu không có sự thỏa thuận của tôi, ngoại trừ có sự đòi hỏi của luật pháp, rằng tất cả giới hạn về thông tin trong giấy phép này phải được sử dụng, chuyển giao, hoặc tiết lộ cho hồ sơ đó.

Tôi hiểu rằng tôi chỉ quyền thu hồi thỏa thuận này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu muốn thu hồi giấy phép tôi phải có văn bản thu hồi trình cho San Joaquin County Behavioral Health Services. Tôi hiểu rằng sự thu hồi thỏa thuận sẽ không áp dụng vào những thông tin được tiết lộ như giấy phép cho.

NGÀY HẾT HIỆU LỰC: _____ (Ghi rõ ngày không quá một năm)

Giấy phép này hết hạn sau một năm kể từ ngày ký tên ngoại trừ có ghi khác.

CÁM XỬ DÙNG, CHUYỂN GIAO HOẶC TÍ TIẾT LỘ THÔNG TIN

Ngoại trừ luật pháp tiểu bang và liên bang yêu cầu, việc sử dụng thông tin tiết lộ không đồng ý với lý do nêu ra hoặc tít tiết lộ hoặc chuyển giao thông tin cho bất cứ ai hoặc một thực thể không nêu danh tính là điều cấm. Phải xin giấy phép bổ sung cho bất cứ việc được phép xử dụng thông tin mới hoặc tít tiết lộ hoặc chuyển giao. Thông tin được phép tiết lộ chỉ thể được tít tiết lộ bởi người nhận và không có được bảo vệ bởi luật lệ về sự riêng tư nữa.

QUYỀN NHẬN MỘT BẢN SAO GIẤY PHÉP CỦA KHÁCH HÀNG

Tôi hiểu tôi chỉ quyền được nhận một bản sao giấy phép chỉ ký tên.

Tôi đã nhận bản sao giấy phép. CĨ KHÔNG

Tôi hiểu việc cho phép xử dụng và tiết lộ thông tin như trên là tự nguyện. San Joaquin County Behavioral Health Services không đặt điều kiện khi chữa trị, trả tiền, ghi danh, hoặc cứu xét điều kiện cho hưởng quyền lợi đi tới chỉ ký giấy phép này hay không.

_____ Ngày _____

Chữ ký bệnh nhân/khách hàng hoặc đại diện hợp pháp

Nếu ký bởi đại diện, ghi quyền hạn/quan hệ với bệnh nhân _____

Người chứng _____

VỊ THÌNH NẪN: Theo những điều lệ liên bang, tài liệu liên quan đến lạm dụng ma túy/ rượu hoặc HIV/AIDS, đòi hỏi phải có cả bệnh nhân/khách hàng và bố mẹ, người giám hộ hoặc người được giao quyền theo luật pháp tiểu bang.

Ngoại lệ: Khi trẻ vị thành niên ưng thuận được chữa trị theo luật tiểu bang, chỉ cần trẻ ký.