

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Riêng Tư
(Xin quý vị vui lòng điền cả hai mặt của mẫu đơn này)

Trang | 1

Họ của Người Tiêu Dùng	Tên	Tên Đệm	Ngày Sinh
Địa Chỉ	Thành Phố	Số Bưu Chính	Số Điện Thoại Ban Ngày

Số An Sinh Xã Hội ***(Cần Phải Ghi)**

Tôi, yêu cầu rằng thông tin y tế được bảo vệ (PHI) của tôi từ:

Tên Của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe	Điện Thoại		
Địa Chỉ	Thành Phố/Tiểu Bang	Số Bưu Chính	FAX # (nếu có)

Được tiết lộ cho: ACBH – QA Office (Văn Phòng QA)
Consumer Assistance (Trợ Giúp Người Tiêu Dùng)
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Tôi cho phép các PHI sau đây được tiết lộ từ (các) hồ sơ y tế của tôi:

- | | |
|--|---|
| ☐ Hồ Sơ Phòng Cấp Cứu | ☐ Hình Dạng Bản/Báo Cáo Bệnh Lý |
| ☐ Báo Cáo của Phòng Thí Nghiệm | ☐ Hồ Sơ Hóa Đơn Ghi Từng Khoản |
| ☐ Báo Cáo về Rối Tia X | ☐ Bản Tóm Lược Khi Xuất Viện |
| ☐ Hồ Sơ Chứng Ngừa | ☐ Quá Trình và Khám Bệnh, Tham Vấn |
| ☐ Toàn Bộ Hồ Sơ Y Tế (tất cả các trang) | ☐ Báo Cáo Giải Phẫu |
| ☐ Thông Tin Khác: _____ | |



Luật Tiểu Bang và Liên Bang bảo vệ các thông tin sau đây. Nếu các thông tin này áp dụng cho quý vị, xin vui lòng cho biết nếu quý vị muốn thông tin này được tiết lộ/thu nhận (bao gồm những ngày thích hợp):

Hồ Sơ về Sức Khỏe Tâm Thần	☐ Có	☐ Không
Hồ Sơ Tâm Lý Trị Liệu	☐ Có	☐ Không
Thử Nghiệm HIV và Kết Quả	☐ Có	☐ Không
Hồ Sơ về Rượu Bia, Ma Túy, hoặc Lạm Dụng Chất Gây Nghiện	☐ Có	☐ Không
Hồ Sơ Về Di Truyền	☐ Có	☐ Không

Bao gồm khoảng thời gian chăm sóc sức khỏe từ: (Những) ngày cụ thể _____ đến _____ **HOẶC**
☐ Tất cả những lần gặp gỡ/viếng thăm trong quá khứ, hiện tại, và tương lai

Mục đích xin thông tin: Giải quyết yêu cầu khiếu nại hoặc kháng cáo của tôi

Thỏa thuận này có thể bị người ký tên dưới đây hủy bỏ bất cứ lúc nào ngoại trừ trường hợp hành động đó đã được thực hiện dựa vào đây, và nếu không bị hủy bỏ trước đó, nó sẽ chấm dứt sáu (6) tháng tính từ ngày thỏa thuận. Người ký tên có thể hủy bỏ việc tiết lộ này bằng văn bản hoặc bằng lời nói để thông báo cho văn phòng Trợ Giúp Người Tiêu Dùng.

Chữ Ký của Thân Chủ hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Tên Theo Kiểu Chữ In

Liên Hệ với Bệnh Nhân (nếu thích ứng)

Bất kỳ việc tiết lộ thông tin hồ sơ y tế nào bởi (những) người nhận đều bị cấm trừ khi được bao hàm trong mục đích tiết lộ. CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ SUD (BỆNH DO SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN): 42 CFR Phần 2 cấm tiết lộ trái phép các hồ sơ này.