

**Giấy Đồng Ý Cho Phép Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin về Tình Trạng Sử Dụng Chất Gây Nghiện
Cho MỤC ĐÍCH ĐIỀU TRỊ, THANH TOÁN VÀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE hoặc CHỈ MỤC
ĐÍCH THANH TOÁN VÀ HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE (42 BỘ QUY ĐỊNH LIÊN BANG
[CODE OF FEDERAL REGULATIONS, CFR] PHẦN 2)**

Sở Y Tế Quận Alameda (Alameda County Health, AC Health) cam kết cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc chất lượng cao nhất. AC Health bao gồm nhiều phòng ban và chương trình, chẳng hạn như Sức Khỏe Hành Vi, Y Tế Công Cộng, Dịch Vụ Cấp Cứu Y Tế, Chăm Sóc Sức Khỏe cho Người Vô Gia Cư, Dịch Vụ Vô Gia Cư và Nhà Ở, cùng nhiều đơn vị khác. AC Health cũng ký hợp đồng với các nhà cung cấp trong cộng đồng để cung cấp các dịch vụ thiết yếu này. Để đảm bảo quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc an toàn, được phối hợp và hiệu quả, các thành viên trong đội ngũ lâm sàng của chúng tôi cần hiểu rõ về tiền sử sức khỏe của quý vị và các dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được trong phạm vi Quận và từ các nhà cung cấp liên kết với Quận. Vì lý do này, Ban Sức Khỏe Hành Vi AC Health (AC Health, Behavioral Health Department, ACBHD) đề nghị quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin về tình trạng sử dụng chất gây nghiện của quý vị nhằm phục vụ mục đích Điều Trị, Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe. Khi ký tên vào tài liệu này, quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin về tình trạng sử dụng chất gây nghiện của quý vị theo mô tả dưới đây.

Phần 1. Thông Tin Khách Hàng

Họ và Tên: _____		
(Tên)	(Chữ Cái Đầu Tên Đệm)	(Họ)
Tên Phòng Khám/Chương Trình: _____		
Mã Định Danh Khách Hàng (Client Identification Number, CIN) Medi-Cal	Ngày Sinh	Số Điện Thoại

Phần 2. Đồng Ý Cho Phép Sử Dụng và Tiết Lộ và Mục Đích Tiết Lộ

Khi ký tên vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép các cá nhân và tổ chức được nêu tại Phần 3 tiết lộ cho các cá nhân và tổ chức được nêu tại Phần 4 thông tin của tôi được mô tả tại Phần 5, nhằm các mục đích sau (chỉ chọn **MỘT** trong các mục dưới đây):

- ☐ **Điều Trị, Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe (Treatment, Payment, and Health Care Operations, TPO)**
HOẶC
- ☐ **Chỉ Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe**
Tôi **không cho phép** tiết lộ hồ sơ Phần 2 của tôi cho các mục đích Điều Trị theo giấy đồng ý này.

Dưới đây là các ví dụ về Điều Trị, Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe.	
Điều Trị	Ví dụ, giấy đồng ý này cho phép nhà cung cấp dịch vụ điều trị tình trạng sử dụng chất gây nghiện trao đổi với các nhà cung cấp dịch vụ điều trị của tôi (ví dụ: dịch vụ sức khỏe tâm thần, chăm sóc sức khỏe ban đầu) để cải thiện kế hoạch điều trị của tôi hoặc cho phép ACBHD điều phối giúp tôi tiếp cận các dịch vụ nhà ở hoặc các phúc lợi công cộng.
Thanh Toán	Ví dụ, giấy đồng ý này cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi chia sẻ thông tin để được thanh toán cho các dịch vụ và xác định tính đủ điều kiện của tôi đối với các dịch vụ hoặc phúc lợi.
Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe	Ví dụ, giấy đồng ý này cho phép chia sẻ thông tin của tôi cho các hoạt động hành chính, tài chính, pháp lý, kiểm toán và cải thiện chất lượng cần thiết để một tổ chức vận hành hoạt động của mình và hỗ trợ việc Điều Trị và Thanh Toán cho các dịch vụ của tôi.

Phần 3. Tên hoặc Loại Hình Tổ Chức Tiết Lộ Thông Tin
- Ban Sức Khỏe Hành Vi, Sở Y Tế Quận Alameda. - Bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức nào trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai chịu trách nhiệm về việc Điều Trị, Thanh Toán hoặc Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi, bao gồm bất kỳ tổ chức nào hỗ trợ họ thực hiện những hoạt động này.

Phần 4. Tên của Tổ Chức Nhận Thông Tin
- Ban Sức Khỏe Hành Vi, Sở Y Tế Quận Alameda. - Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California. - Chương Trình Bảo Hiểm Y Tế hoặc Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe. - Bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức nào trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai chịu trách nhiệm về việc Điều Trị, Thanh Toán hoặc Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe, bao gồm bất kỳ tổ chức nào hỗ trợ họ thực hiện những hoạt động này.

Phần 5. Mô Tả Thông Tin Điều Trị Tình Trạng Sử Dụng Chất Gây Nghiện Được Tiết Lộ
Tôi đồng ý cho phép tiết lộ thông tin về tình trạng rối loạn sử dụng chất gây nghiện của tôi được bảo vệ theo 42 Bộ Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) Phần 2 (bao gồm nhưng không giới hạn ở chẩn đoán, thuốc, hồ sơ điều trị và tiền sử gia đình và xã hội) cho các mục đích được mô tả trong giấy đồng ý này.

Phần 6. Thời Hạn Hết Hiệu Lực

Giấy đồng ý này sẽ không hết hiệu lực, trừ khi tôi ghi rõ ngày hoặc sự kiện hết hiệu lực tại đây: _____

Phần 7. Quyền của Tôi

- Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải ký tên vào giấy đồng ý này. Nếu tôi không ký tên để ít nhất cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin cho mục đích Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe, tôi có thể bị từ chối tham gia các chương trình hoặc dịch vụ yêu cầu tiết lộ thông tin về tình trạng sử dụng chất gây nghiện của tôi.
- Tôi có thể hủy bỏ giấy đồng ý này bất kỳ lúc nào bằng cách liên hệ với các cá nhân hoặc tổ chức mà tôi không muốn tiết lộ thông tin của mình, trừ khi họ đã dựa vào giấy đồng ý này để tiết lộ thông tin của tôi. Việc hủy bỏ giấy đồng ý của tôi có thể được thực hiện bằng lời nói hoặc bằng văn bản.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy đồng ý này.

Phần 8. Thông Báo về Việc Tiết Lộ Lại

Khi ký tên vào giấy đồng ý này, tôi cho phép tiết lộ thông tin về tình trạng sử dụng chất gây nghiện của tôi như được mô tả ở trên. Các cá nhân hoặc tổ chức được liệt kê tại Phần 4 có thể dựa vào giấy đồng ý này để sử dụng và tiết lộ thông tin của tôi cho mục đích Điều Trị, Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe HOẶC chỉ Thanh Toán và Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe (tùy thuộc vào tùy chọn tôi đã chọn ở Mục 2), trong phạm vi được pháp luật cho phép.

Sau khi thông tin của tôi được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy đồng ý này, thông tin đó có thể tiếp tục được sử dụng hoặc tiết lộ theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Khả Năng Chuyển Đổi Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), thay vì áp dụng các biện pháp bảo vệ nghiêm ngặt hơn theo 42 CFR Phần 2. Tuy nhiên, Phần 2 vẫn nghiêm cấm sử dụng và tiết lộ thông tin về tình trạng sử dụng chất gây nghiện của tôi trong các thủ tục tố tụng hình sự, dân sự hoặc hành chính chống lại tôi nếu không có văn bản đồng ý cụ thể của tôi hoặc lệnh của tòa án.

Phần 9. Chữ Ký

Phải ký tên và ghi ngày tháng vào ít nhất một trong các mục dưới đây để hoàn thành biểu mẫu này

Chữ Ký của Khách Hàng

Ngày

Nếu khách hàng là trẻ vị thành niên có thẩm quyền pháp lý để tự đồng ý với việc điều trị tình trạng sử dụng chất gây nghiện theo luật của Tiểu Bang, trẻ vị thành niên phải ký tên vào biểu mẫu này. Nếu quý vị đủ 18 tuổi hoặc nếu tình trạng giám hộ của quý vị thay đổi, quý vị sẽ cần cung cấp giấy đồng ý mới.

TÊN VIẾT IN HOA của Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền

CHỮ KÝ của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Nếu ký tên thay cho trẻ vị thành niên, người ký tên phải được pháp luật cho phép đồng ý tiết lộ thông tin về tình trạng rối loạn sử dụng chất gây nghiện (substance use disorder, SUD) của trẻ. Phải cung cấp giấy tờ chứng minh thẩm quyền (ví dụ: giấy tờ giám hộ, lệnh của tòa án). Vui lòng mô tả thẩm quyền: _____

42 CFR Phần 2 nghiêm cấm việc sử dụng hoặc tiết lộ trái phép những hồ sơ này