



**Karyn Tribble, Bác Sĩ Tâm Lý Học, Nhân Viên Xã Hội Lâm
Sàng Được Cấp Phép (Licensed Clinical Social Worker,
LCSW)**

Giám Đốc

Giấy Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Bảo Mật

(Vui lòng điền vào cả hai mặt của biểu mẫu này)

Họ của Khách Hàng	Tên	Tên Đệm	Ngày Sinh
----------------------	-----	---------	-----------

Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố	Mã Bưu Chính	Số Điện Thoại Ban Ngày
----------------------	-----------	-----------------	---------------------------

Số An Sinh Xã Hội ***(Bắt buộc)**

**Tôi yêu cầu thông tin sức khỏe được bảo vệ (protected
health information, PHI) của tôi từ:**

Tên Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe	Số Điện Thoại
---	---------------

Địa Chỉ Đường Phố	Thành Phố/ Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	Số FAX (nếu biết)
----------------------	-------------------------	-----------------	----------------------

Được tiết lộ cho: Sở Sức Khỏe Hành Vi Quận Alameda
(Alameda County Behavioral Health
Department, ACBHD) – Văn Phòng Đảm
Bảo Chất Lượng (Quality Assurance, QA)
Hỗ Trợ Khách Hàng
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Tôi cho phép tiết lộ PHI sau đây từ hồ sơ bệnh án của tôi:

- | | |
|--|---|
| ☐ Hồ Sơ Phòng Cấp Cứu | ☐ Tiêu Bản/Báo Cáo Bệnh Học |
| ☐ Báo Cáo Phòng Thí Nghiệm | ☐ Hồ Sơ Thanh Toán Chi Tiết |
| ☐ Báo Cáo X-quang | ☐ Tóm Tắt Xuất Viện |
| ☐ Hồ Sơ Tiêm Chủng | ☐ Bệnh Sử và Kết Quả Khám Sức Khỏe, Tư Vấn |
| ☐ Hồ Sơ Bệnh Án Đầy Đủ (tất cả các trang) | ☐ Báo Cáo Phẫu Thuật |
| ☐ Khác: _____ | |

***Luật Tiểu Bang và Liên Bang bảo vệ những thông tin sau.
Nếu thông tin này áp dụng cho quý vị, vui lòng cho biết quý
vị có muốn thông tin này được tiết lộ/thu thập hay không
(bao gồm ngày tháng nếu có):***

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Vietnamese_LP.docx

**2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)**

Hồ Sơ Sức Khỏe Tâm Thần	☐ Có	☐ Không
Hồ Sơ Trị Liệu Tâm Lý	☐ Có	☐ Không
Xét Nghiệm HIV và Kết Quả	☐ Có	☐ Không
Hồ Sơ Lạm Dụng Đồ Uống	☐ Có	☐ Không
Có Cồn, Thuốc hoặc Chất Kích Thích		
Hồ Sơ Di Truyền	☐ Có	☐ Không

Trong khoảng thời gian chăm sóc sức khỏe từ:Ngày Cụ Thể _____ đến _____ **HOẶC**☐ Tất cả các cuộc gặp/lần thăm khám trong quá khứ, hiện tại và tương lai**Mục đích yêu cầu thông tin:** Giải quyết yêu cầu khiếu nại hoặc kháng cáo của tôi

Người ký tên dưới đây có thể thu hồi quyết định đồng ý này bất cứ lúc nào, trừ trường hợp hành động đã được thực hiện theo quyết định đồng ý này và nếu không được thu hồi sớm hơn, quyết định đồng ý sẽ chấm dứt sau sáu (6) tháng kể từ ngày đồng ý. Người ký tên có thể thu hồi quyết định tiết lộ này bằng văn bản hoặc bằng cách thông báo bằng lời cho bộ phận Hỗ Trợ Khách Hàng.

Release of Information QA Version (MH and SUD)

v. 07.17.25-Vietnamese_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)

Chữ Ký của Khách Hàng hoặc Người
Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Tên Viết In Hoa

Mối Quan Hệ với Bệnh
Nhân (nếu có)

Người nhận bị nghiêm cấm tiết lộ bất kỳ thông tin hồ sơ bệnh án nào, trừ khi có mục đích phù hợp rõ ràng. NGHIÊM CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ: 42 Bộ Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) Phần 2 nghiêm cấm việc tiết lộ trái phép những hồ sơ này.

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Vietnamese_LP.docx

**2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)**