|  |
| --- |
| **THÔNG TIN BỆNH NHÂN** |
|  |
| **Họ** | **Tên** | **Tên đệm** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Ngày sinh** | **Số bảo hiểm xã hội** | **Điện thoại nhà** | **Điện thoại cơ quan** | **Số máy lẻ** |
|  |  |  |  |
| **Phố**  | **Địa chỉ** | **Thành phố** | **Bang** | **Mã zip** |
| **TÔI SAU ĐÂY ĐỒNG Ý RẰNG THÔNG TIN** **RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT (SUD) CÓ THỂ NHẬN DIỆN CÁ NHÂN CỦA TÔI CÓ THỂ ĐƯỢC TIẾT LỘ BỞI:** |
| * **Nhân viên hạt BHCS**
* **Mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ SUD của BHCS (gọi chung là SPN)\***
 | ([ ] ) Đánh dấu vào ô và điền thông tin dưới đây để thêm một nhà cung cấp dịch vụ điều trị ngoài mạng lưới BHCS/SPN: |
|  |  |
| **Nhà cung cấp dịch vụ điều trị không thuộc SPN** | **Số điện thoại** | **Số máy lẻ** |
|  |  |  |
| **Địa chỉ khu phố** | **Thành phố** | **Bang** | **Mã zip** |
| **TÔI SAU ĐÂY ĐỒNG Ý RẰNG THÔNG TIN SUD CÓ THỂ NHẬN DIỆN CÁ NHÂN CỦA TÔI ĐƯỢC TIẾT LỘ CHO VÀ ĐƯỢC SỬ DỤNG BỞI:** |
|  |  |
| **Tên liên lạc khẩn cấp số 1** | **Số điện thoại** | **Số máy lẻ** |
|  |  |  |
| **Địa chỉ khu phố** | **Thành phố** | **Bang** | **Mã zip** |
|  |  |  |
|  |  |
| **Tên liên lạc khẩn cấp số 2** | **Số điện thoại** | **Số máy lẻ** |
|  |  |  |
| **Địa chỉ khu phố** | **Thành phố** | **Bang** | **Mã zip** |

|  |
| --- |
| Tôi hiểu rằng việc điều trị, chẩn đoán và giới thiệu SUD của tôi; việc thanh toán; đăng ký; quản lý hồ sơ; phối hợp chăm sóc; quản lý thuốc; và/hoặc đủ điều kiện hưởng quyền lợi có hiệu lực khi hoàn tất việc ủy quyền này.  |
| **HẾT HẠN:** **Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau mười hai (12) tháng kể từ ngày cung cấp dịch vụ SUD cuối cùng bởi BHCS và/hoặc SPN.** |
| **Mục đích tiết lộ** | **Số lượng và loại thông tin** |
| * Người nắm giữ hợp pháp thông tin SUD được bảo vệ của tôi có thể liên hệ với (những) người liên lạc khẩn cấp của tôi trong trường hợp khẩn cấp, và do đó tiết lộ rằng tôi là bệnh nhân được phục vụ trong chương trình SUD này.
 | * Giới hạn thông tin cần thiết để thực hiện Mục đích tiết lộ
* Tôi cho phép các chủ sở hữu hợp pháp tiết lộ lại thông tin SUD được bảo vệ của tôi theo giấy ủy quyền này và Chương 42 CFR phần 2
* Mục đích khác:
 |
|  **Chữ ký của bệnh nhân**  |  **Tên in hoa** |  |  **Ngày** |
|  **Chữ ký của Cha mẹ hoặc Người giám hộ** |  **Tên in hoa** | ([ ] ) Cha mẹ ([ ] ) Người giám hộ  |  **Ngày** |
| **HỦY BỎ VÀ YÊU CẦU:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào trừ khi hành động đã được thực hiện phù hợp với hoặc dựa vào giấy ủy quyền này. Tôi hiểu phải liên hệ với một đại diện của BHCS Health Information để hủy bỏ ủy quyền đã cấp cho BHCS. Tôi hiểu rằng tôi nên đưa ra việc hủy bỏ riêng đối với bất kỳ người hoặc pháp nhân nào khác mà tôi đã ủy quyền tiết lộ, tiếp nhận hoặc sử dụng thông tin SUD cá nhân của tôi ở trên để hủy bỏ ủy quyền đã cấp cho người hoặc pháp nhân đó. \* SPN bao gồm các nhà cung cấp trong mạng lưới trước đây, hiện tại và trong tương lai. Một danh mục các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại tham gia vào SPN có sẵn tại http://www.acbhcs.org/SUD/docs/SUD\_providers\_dirctory.pdf. Tôi hiểu rằng tôi có quyền yêu cầu một danh sách các thực thể mà thông tin nhận diện bệnh nhân của tôi đã được tiết lộ theo chỉ định chung căn cứ vào giấy ủy quyền này và các quy định hiện hành. Tôi hiểu rằng yêu cầu như vậy phải được thực hiện bằng văn bản và giới hạn đối với việc tiết lộ đã được thực hiện trong vòng hai năm qua. |
| **CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN SUD ĐƯỢC BẢO VỆ:** Chương 42 CFR phần 2 cấm tiết lộ trái phép các thông tin này. |
|  |
| **SUD-ROI-EMERGENCY CONTACT - REV 04/18** |