

**Ủy quyền sử dụng hoặc chia sẻ Thông tin sức khỏe được bảo vệ**

\*Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Bốn số cuối của Số an sinh xã hội: \_\_\_\_\_

\*Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Số điện thoại bệnh nhân: \_\_\_\_\_

\*Theo đây, tôi ủy quyền cho \_\_\_\_\_  
Tên của Cá nhân/Tổ chức tiết lộ PHI

Tiết lộ thông tin sau cho Cá nhân/Tổ chức nhận PHI:

*Tên, Địa chỉ, Điện thoại và Fax	*Mối quan hệ	*Mục đích

**\*Thông tin cần được chia sẻ:**

- Hồ sơ cho các ngày sử dụng dịch vụ từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_
- Ghi chú Trị liệu tâm lý (nếu đánh dấu vào ô này thì không được đánh dấu vào các ô khác)
- Toàn bộ Hồ sơ y tế (bao gồm tất cả các hồ sơ ngoại trừ Ghi chú Trị liệu tâm lý)
- Thông tin thích hợp
- Hồ sơ sức khỏe tâm thần
- Hồ sơ bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Hồ sơ HIV
- Hồ sơ lạm dụng chất gây nghiện
- Thông tin thanh toán

Khác: \_\_\_\_\_

**Thông tin chỉ có thể được tiết lộ cho (các) mục đích sau:**

- Bảo hiểm
- Điều trị tiếp theo
- Pháp lý
- Theo yêu cầu của tôi hoặc người đại diện của tôi

Khác: \_\_\_\_\_

**Tôi hiểu rằng bằng việc tự nguyện ký giấy ủy quyền này:**

- Tôi cho phép sử dụng hoặc tiết lộ PHI của tôi như mô tả ở trên cho (các) mục đích được liệt kê
- Tôi có quyền rút lại sự cho phép tiết lộ thông tin của mình. Nếu tôi ký giấy ủy quyền này cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin, tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào. Việc thu hồi phải được thực hiện bằng văn bản cho người/tổ chức tiết lộ thông tin và sẽ không ảnh hưởng đến thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này.
- Tôi hiểu rằng trừ khi mục đích của giấy ủy quyền này là để xác định việc thanh toán yêu cầu trợ cấp, việc ký tên vào giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp, điều trị, đăng ký hoặc thanh toán yêu cầu của tôi.



- Thông tin y tế của tôi có thể chỉ ra rằng tôi mắc bệnh truyền nhiễm và/hoặc không truyền nhiễm, bệnh này có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở các bệnh như viêm gan, giang mai, lậu, hoặc HIV hoặc AIDS và/hoặc có thể chỉ ra rằng tôi đã hoặc đang được điều trị cho các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần hoặc lạm dụng chất kích thích.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi sự ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách viết thư cho người/tổ chức tiết lộ PHI của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi không thể hạn chế thông tin có thể đã được chia sẻ dựa trên sự ủy quyền này.
- Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo ủy quyền có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi Quy định về Quyền riêng tư.

Trừ khi bị thu hồi hoặc có chỉ định khác, ngày hết hạn tự động của ủy quyền này sẽ là một năm kể từ ngày tôi ký hoặc khi xảy ra sự kiện sau:

\*

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người đại diện pháp lý

\*

Ngày

\*

Tên Bệnh nhân hoặc Người đại diện pháp lý viết chữ in

\*

Ngày hết hạn (nếu lâu hơn một năm kể từ ngày ký hoặc không có sự kiện nào được chỉ định)

\*

Mô tả thẩm quyền của Người đại diện pháp lý

