

**SỞ SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES
ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC CÔNG BỐ
THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT**

KHÁCH HÀNG:

Tên Khách Hàng/Tên Trước Đây

Ngày Sinh

Mã Số Khách Hàng

Tên Người Đại Diện Pháp Lý (Nếu có)

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố, Mã Số ZIP Tiểu Bang

ỦY QUYỀN:

SỬ DỤNG HOẶC CÔNG BỐ

THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT CHO:

Tên Cơ Quan

Tên Người Chăm Sóc Sức Khỏe/ Người khác

Địa Chỉ Đường Phố

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố, Mã Số ZIP Tiểu Bang

Thành Phố, Mã Số ZIP Tiểu Bang

THÔNG TIN ĐƯỢC CÔNG BỐ:

- ☐ Đánh Giá/Thăm Định ☐ Kết Quả Thử Nghiệm Tâm Lý ☐ Chẩn Đoán
☐ Kết Quả Xét Nghiệm ☐ Lịch Sử Dùng Thuốc/Thuốc Đang Dùng ☐ Điều Trị
☐ Toàn Bộ Hồ Sơ (Nêu lý do): _____
☐ Khác (Nêu rõ): _____

LƯU Ý: Hồ sơ có thể bao gồm thông tin liên quan đến việc sử dụng rượu hoặc ma túy và HIV hoặc AIDS. Tuy nhiên, hồ sơ điều trị từ Trung tâm điều trị cai nghiện rượu và ma túy hoặc kết quả xét nghiệm HIV sẽ không được công bố trừ khi có yêu cầu đặc biệt.

Đánh dấu mục yêu cầu: ☐ Hồ Sơ Rượu và Ma Túy ☐ Kết Quả Xét Nghiệm HIV

Phương thức chuyển giao hồ sơ được yêu cầu:

- ☐ Qua Bưu Điện ☐ Nhận tại chỗ ☐ Thiết Bị Điện Tử (đĩa CD, USB)

MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC SỬ DỤNG HOẶC CÔNG BỐ: (Đánh dấu mục áp dụng)

☐ Khách Hàng Yêu Cầu

☐ Khác (Nêu rõ): _____

Cơ quan sẽ hưởng các lợi ích từ việc sử dụng hoặc công bố thông tin? ☐ Có ☐ Không

Tôi hiểu rằng Thông Tin Sức Khỏe Bảo Mật của tôi được sử dụng hoặc công bố theo Ủy Quyền này có thể không còn được bảo vệ bởi luật pháp liên bang và có thể được tiếp tục sử dụng hoặc công bố bởi người nhận mà không có sự cho phép của tôi. Tôi cũng hiểu rằng một khi thông tin của tôi được sử dụng hoặc công bố, có khả năng nó không thể thu hồi được.

NGÀY HẾT HIỆU LỰC: Ủy Quyền này có hiệu lực đến /_____/_____/_____.
Tháng Ngày Năm

**SỞ SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES
ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC CÔNG BỐ
THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT**

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN ỦY QUYỀN NÀY:

Quyền Nhận Bản Sao của Ủy Quyền - Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý ký Ủy Quyền này, điều mà tôi không bắt buộc phải làm, tôi phải được cung cấp một bản sao có chữ ký của mẫu này.

Quyền Thu Hồi Ủy Quyền - Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi Ủy Quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản gửi tới Sở Sức Khỏe Tâm Thần Quận Los Angeles (LACDMH). Tôi có thể sử dụng mẫu Thu Hồi Ủy Quyền ở phía dưới của mẫu này và gửi thư hoặc chuyển giấy thu hồi đến:

Người Liên Hệ

Tên Cơ Quan

Địa Chỉ

Thành Phố, Mã số ZIP Tiểu Bang

Tôi đồng thời hiểu rằng việc thu hồi sẽ không ảnh hưởng đến khả năng LACDMH hoặc bất kỳ người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào sử dụng hoặc công bố thông tin sức khỏe vì các lý do liên quan đến các mục đã đề cập trước đó trong Ủy Quyền này hoặc được luật pháp cho phép.

Điều kiện: Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký Ủy Quyền này mà không ảnh hưởng đến khả năng nhận được điều trị của tôi. Tuy nhiên, LACDMH có thể quyết định cung cấp điều trị liên quan đến nghiên cứu với điều kiện nhận được ủy quyền để sử dụng hoặc công bố thông tin sức khỏe bảo mật để phục vụ cho điều trị liên quan đến nghiên cứu đó. (Nói cách khác, nếu Ủy Quyền này liên quan đến nghiên cứu có bao gồm điều trị, quý vị sẽ không nhận được điều trị đó trừ khi quý vị ký mẫu Ủy Quyền này.)

Tôi đã xem xét và hiểu nội dung của mẫu Ủy Quyền này. Bằng cách ký Ủy Quyền này, tôi khẳng định rằng nó phản ánh đúng nguyện vọng của tôi..

x

x

Chữ Ký của Khách Hàng/ Người Đại Diện Pháp Lý

Ngày

Nếu được ký bởi một người khác không phải là khách hàng, nêu rõ mối quan hệ và sự ủy quyền:

x

THU HỒI ỦY QUYỀN

Tên Khách Hàng

Chữ Ký của Khách Hàng/ Người Đại Diện

Ngày

Nếu được ký bởi người khác không phải là khách hàng, viết tên in hoa và nêu rõ mối quan hệ và sự ủy quyền.

Tên In Hoa: _____

Mối Quan Hệ và Sự Ủy Quyền: _____