

CƠ QUAN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES

SỰ CHO PHÉP VỀ VIỆC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ:

Tên Người Sử dụng Dịch vụ/Tên Cũ

Ngày Sinh

Mã số Người Sử dụng Dịch vụ

Tên Người Đại diện Hợp pháp (Nếu có)

Địa chỉ Đường phố

Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP

CHO PHÉP:

VIỆC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PHI) CHO:

Tên Cơ quan

Tên của Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe/Khác

Địa chỉ Đường phố

Địa chỉ Đường phố

Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP

Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ:

- Thăm định/Đánh giá  Kết quả Khám Tâm lý  Chẩn đoán  
 Kết quả Xét nghiệm  Thuốc  Ghi chú về Phương thức Điều trị/Tiến triển  
 Toàn bộ Hồ sơ  Khác (Ghi rõ): \_\_\_\_\_

**GHI CHÚ:** Thông tin liên quan đến việc sử dụng chất kích thích hoặc bia rượu, HIV/AIDS và/hoặc thông tin về sức khỏe sinh sản hoặc sức khỏe tình dục sẽ KHÔNG được tiết lộ trừ khi được yêu cầu cụ thể bằng cách đánh dấu vào (các) ô ở đây:  Sử dụng Rượu bia

Sử dụng Chất kích thích  HIV/AIDS  Phá thai  Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản

**CÁC NGÀY ĐIỀU TRỊ**

Tôi cho phép tiết lộ các hồ sơ trong khoảng thời gian sau: Từ \_\_\_\_\_ Đến \_\_\_\_\_

Phương thức giao những hồ sơ được yêu cầu: \_\_\_\_\_ tháng/ngày/năm \_\_\_\_\_ tháng/ngày/năm

Đường bưu điện  Đến nhận  Gửi email đến: \_\_\_\_\_

**MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ:** (Đánh dấu vào danh mục phù hợp)

Người sử dụng dịch vụ Yêu cầu  Khác (Ghi rõ): \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng bất kỳ việc tiết lộ nào về PHI của tôi đều có khả năng bị tiết lộ thêm khi không có sự cho phép và thông tin đó có thể không được bảo vệ bởi các quy tắc của liên bang về tính bảo mật. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng theo luật California, người nhận PHI theo văn bản cho phép này bị cấm tiếp tục tiết lộ PHI, trừ khi có văn bản cho phép hoặc theo yêu cầu hoặc sự cho phép cụ thể của pháp luật. Tôi cũng hiểu rằng một khi thông tin của tôi được sử dụng hoặc tiết lộ thì có thể sẽ không thu hồi được thông tin đó.

**NGÀY HẾT HẠN:**

Trừ khi bệnh nhân hủy bỏ, văn bản cho phép tiết lộ thông tin chăm sóc sức khỏe cho cá nhân/tổ chức có tên ở trên sẽ **tự động hết hạn sau 1 năm** kể từ ngày ký hoặc vào ngày hoặc sự kiện được nêu rõ bên dưới, tùy theo điều kiện nào xảy ra trước.

Văn bản Cho phép này có hiệu lực cho đến \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ hoặc \_\_\_\_\_  
Tháng Ngày Năm Sự Kiện

# CƠ QUAN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES

## SỰ CHO PHÉP VỀ VIỆC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

### CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ CHO PHÉP NÀY:

**Quyền Nhận Bản sao của Văn bản Cho phép** - Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý ký vào Văn bản Cho phép này, điều mà tôi không bắt buộc phải làm, thì tôi phải được cung cấp một bản sao có chữ ký của biểu mẫu này.

**Quyền Hủy bỏ sự Cho phép** - Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ sự Cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho LACDMH bằng văn bản. Tôi có thể sử dụng phần Hủy bỏ sự Cho phép ở cuối biểu mẫu này và gửi qua đường bưu điện hoặc gửi bản hủy bỏ tới:

\_\_\_\_\_  
Người Liên lạc

\_\_\_\_\_  
Tên Cơ quan

\_\_\_\_\_  
Địa chỉ

\_\_\_\_\_  
Thành phố, Tiểu bang, Mã ZIP

Tôi cũng hiểu rằng việc hủy bỏ sẽ không ảnh hưởng đến khả năng của LACDMH hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào trong việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe vì những lý do liên quan đến việc phụ thuộc vào sự Cho phép này đã diễn ra trước đây hoặc được pháp luật cho phép.

**Điều kiện:** Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký vào Văn bản Cho phép này mà không ảnh hưởng gì đến khả năng nhận được phương thức điều trị của tôi. Tuy nhiên, LACDMH có thể đặt điều kiện cho việc cung cấp phương pháp điều trị liên quan đến nghiên cứu là phải có được sự cho phép về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ được tạo ra cho phương pháp điều trị liên quan đến nghiên cứu đó. (Nói cách khác, nếu Văn bản Cho phép này liên quan đến nghiên cứu mà bao gồm phương thức điều trị, quý vị sẽ không nhận được phương thức điều trị đó trừ khi biểu mẫu Cho phép này được ký.)

Tôi đã có cơ hội để xem xét và hiểu nội dung của biểu mẫu Cho phép này. Bằng việc ký vào Văn bản Cho phép này, tôi xác nhận rằng văn bản phản ánh đúng những mong muốn của tôi.

**X**

**X**

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người Sử dụng Dịch vụ/Người  
Đại diện Hợp pháp

\_\_\_\_\_  
Ngày

Nếu được ký bởi một người không phải là người sử dụng dịch vụ, hãy nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền:

**X**

## **HỦY BỎ SỰ CHO PHÉP**

\_\_\_\_\_  
Tên Người Sử dụng Dịch vụ

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người Sử dụng Dịch vụ/Người  
Đại diện Hợp pháp

\_\_\_\_\_  
Ngày

Nếu được ký bởi một người không phải là người sử dụng dịch vụ, hãy viết tên bằng chữ in, nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền.

Tên viết bằng Chữ in: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ và Thẩm quyền: \_\_\_\_\_