

**YÊU CẦU CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ ĐỐI VỚI VIỆC XEM/KIỂM
TRA THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE
CƠ QUAN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES (“LACDMH”)**

NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ:

Tên của Người Sử Dụng Dịch Vụ

Ngày Sinh của Người
Sử Dụng Dịch Vụ

ID của Người Sử Dụng Dịch
Vụ #

Địa Chỉ Đường Phố

Thành Phố, Tiêu Bang,
Mã ZIP

- ☐ **YÊU CẦU XEM VÀ KIỂM TRA THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE CỦA TÔI, "NGAY TẠI CHỖ"**
- ☐ **YÊU CẦU GỬI THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE CỦA TÔI QUA EMAIL**
- ☐ **YÊU CẦU GỬI THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE CỦA TÔI QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN**
- ☐ **YÊU CẦU ĐẾN NHẬN CÁC BẢN IN TẠI:**

THÔNG TIN SẼ ĐƯỢC XEM HAY KIỂM TRA:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Kiểm Tra/Đánh Giá | ☐ Kết Quả Kiểm Tra Tâm Lý | ☐ Chẩn Đoán |
| ☐ Kết Quả Xét Nghiệm | ☐ Thuốc | ☐ Ghi Chú về Điều Trị/Tiến Triển |
| ☐ Toàn Bộ Hồ Sơ | | |
| ☐ Khác (Ghi rõ): | | |

- ☐ Yêu Cầu Tất Cả các Chương Trình Dịch Vụ
- ☐ Yêu Cầu một Chương Trình Dịch Vụ Cụ Thể

(Ghi rõ) _____

QUẢNG THỜI GIAN KIỂM TRA: Tôi yêu cầu thông tin về quảng thời gian sau:

TỪ _____ / _____ / _____ ĐẾN _____ / _____ / _____
Tháng Ngày Năm Tháng Ngày Năm

☐ **YÊU CẦU TÓM TẮT CỦA THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC YÊU CẦU**

**YÊU CẦU CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ ĐỐI VỚI VIỆC XEM/KIỂM
TRA THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE
CƠ QUAN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES (“LACDMH”)**

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN TỚI YÊU CẦU NÀY ĐỂ XEM THÔNG TIN:

Quyền Nhận Bản Sao của Yêu Cầu Này - Tôi hiểu rằng tôi phải được cung cấp một bản sao có chữ ký của biểu mẫu này.

Quyền Yêu Cầu Xem Xét Lại việc Từ Chối cho Xem Thông Tin- Tôi hiểu rằng DMH có thể từ chối yêu cầu của tôi về việc được xem toàn bộ hay một phần thông tin sức khỏe của mình. Nếu tôi bị từ chối việc xem thông tin, tôi có thể yêu cầu việc xem xét lại quyết định của họ bằng cách nộp ***Yêu Cầu Xem Xét Lại việc Từ Chối cho Xem Thông Tin***. Trong hầu hết các trường hợp, DMH sẽ chỉ định một chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác không liên quan trực tiếp đến quyết định từ chối cho xem thông tin, và người này sẽ thực hiện việc duyệt xét lần thứ nhì cho yêu cầu của quý vị

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ: _____

HOẶC

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO CÁ NHÂN:

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

NGÀY: _____ / _____ / _____
Tháng Ngày Năm

**YÊU CẦU CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG DỊCH VỤ ĐỐI VỚI VIỆC XEM/KIỂM
TRA THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE
CƠ QUAN SỨC KHỎE TÂM THẦN QUẬN LOS ANGELES (“LACDMH”)**

(CÁC) HÌNH THỨC XÁC ĐỊNH DANH TÍNH ĐƯỢC CUNG CẤP:

- ☐ Bằng Lái Xe của Tiểu Bang _____
- ☐ Thẻ Căn Cước của Tiểu Bang _____
- ☐ Giấy Khai Sinh _____
- ☐ Thẻ Quân Nhân _____
- ☐ Khác (Ghi rõ chi tiết) _____

TRUNG TÂM CHĂM SÓC: _____

BÁC SĨ HÀNH NGHỀ: _____

NGÀY: _____ / _____ / _____
Tháng Ngày Năm

Để biết thêm thông tin về quyền giữ kín thông tin về sức khỏe của quý vị, hãy yêu cầu Nhóm Điều Trị cung cấp một bản **Thông Báo về Thông Lệ Giữ Kín Thông Tin** của chúng tôi. Quý vị cũng có thể lấy một bản sao khi ghé vào trang mạng của chúng tôi tại <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> hay gửi văn bản yêu cầu tới:

**Office of Patient's Rights
Los Angeles County Department of Mental Health
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020**

Điện Thoại: (800) 700-9996 Fax: (213) 330-0285

Cảm ơn quý vị đã cho chúng tôi cơ hội này để phục vụ quý vị và cải thiện sự chính xác, hoàn chỉnh của thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị. Chúng tôi mong sẽ được tiếp tục phục vụ các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của quý vị.