



## Sở Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles Thay đổi Trạng thái Chia sẻ trong Hệ thống Trao đổi Thông tin Y tế (Health Information Exchange, HIE)

### Thay đổi Trạng thái Chia sẻ HIE

Vui lòng **chỉ** sử dụng biểu mẫu này nếu quý vị muốn **thay đổi** trạng thái hiện tại của mình thành cho phép hoặc hạn chế chia sẻ Trao đổi Thông tin Y tế (HIE) với các nhân viên y tế có tham gia vào quá trình xét nghiệm hoặc điều trị cho quý vị.

Ngày Thay đổi Trạng thái Có Hiệu lực: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

Chọn một trong những lựa chọn bên dưới:

☐ **CHỌN KHÔNG THAM GIA:** TÔI KHÔNG ĐỒNG Ý cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân của tôi trong Hệ thống Trao đổi Thông tin Y tế (HIE).

☐ **CHỌN THAM GIA:** BÂY GIỜ TÔI ĐỒNG Ý cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân của tôi trong Hệ thống Trao đổi Thông tin Y tế (HIE). Điều này có thể bao gồm các thông tin sức khỏe liên quan được ghi lại trong hồ sơ trước ngày hôm nay.

### Xác nhận và Ký tên

|                                                  |                             |       |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|-------|
| Chữ ký của Khách hàng*:                          | Tên Khách hàng:             | Ngày: |
| Chữ ký của Người lớn chịu Trách nhiệm**:         | Mối quan hệ với Khách hàng: | Ngày: |
| Chữ ký của Người làm chứng / Thông dịch viên***: | Ngôn ngữ được Thông dịch:   | Ngày: |

\* Khách hàng là Người chưa thành niên: Đối với khách hàng chưa thành niên tự ký tên để nhận dịch vụ, hồ sơ lâm sàng phải có lưu biểu mẫu Chấp thuận của Người chưa thành niên đã được ký.

\*\* Người lớn chịu Trách nhiệm: Người giám hộ, Người bảo hộ hoặc Cha mẹ của trẻ vị thành niên khi pháp luật yêu cầu.

\*\*\* Người làm chứng/Thông dịch viên: Người chứng kiến việc ký tên vào biểu mẫu (nhân viên hoặc người khác) HOẶC người dịch biểu mẫu này sang ngôn ngữ khác cho khách hàng.

Thông tin bảo mật này được cung cấp cho quý vị theo đúng luật và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Thẻ chế, Bộ luật Dân sự và Tiêu chuẩn Bảo mật HIPAA hiện hành. Nghiêm cấm sao chép thông tin này để tiết lộ thêm nếu không có sự cho phép bằng văn bản trước đó của khách hàng/người đại diện được ủy quyền có liên quan, trừ trường hợp pháp luật cho phép. Việc hủy bỏ thông tin này là bắt buộc sau khi mục đích đã nêu trong yêu cầu ban đầu được hoàn thành.

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Mã số: \_\_\_\_\_

Cơ quan: \_\_\_\_\_ Mã nhà cung cấp: \_\_\_\_\_

Quận Los Angeles – Sở Sức khỏe Tâm thần