

ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

TẤT CẢ CÁC MỤC của mẫu này **PHẢI** được hoàn thành trước khi yêu cầu của quý được xử lý.
Đừng quên ký tên và ghi ngày tháng ở dưới cùng trước khi gửi.

Tên hợp pháp của người bệnh: _____ Ngày sinh: _____

Tôi cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của cá nhân có tên ở trên như mô tả bên dưới. Nếu yêu cầu dài hơn 50 trang, thì tài liệu sẽ được gửi qua đường bưu điện chứ không phải fax. Vui lòng xác nhận địa chỉ gửi thư bên dưới.

Thông tin sẽ được tiết lộ bởi:

Bộ phận Hồ sơ bệnh án tập trung MAHEC
 Y học gia đình Sản phụ khoa Nội khoa
 Nha khoa Tâm thần học

Và được cung cấp cho:

TÊN CỦA CÁ NHÂN/TỔ CHỨC/CƠ SỞ

ĐỊA CHỈ 121 Hendersonville Road

ĐỊA CHỈ

THÀNH PHỐ/TIỂU BANG/ZIP Asheville, NC 28803

THÀNH PHỐ/TIỂU BANG

SỐ ĐIỆN THOẠI:

SỐ FAX:

Mục đích hoặc sự cần thiết của việc tiết lộ này là:

Tôi muốn nhận hồ sơ của mình qua: Fax Bưu điện Trực tiếp (___ bằng giấy hoặc ___ CD)

Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ có thể bao gồm thông tin nhạy cảm liên quan đến hành vi và/hoặc sức khỏe tâm thần, ma túy và rượu (bao gồm hồ sơ của một chương trình cung cấp chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu về lạm dụng rượu hoặc ma túy, theo định nghĩa của luật liên bang tại Phần 42 CFR 2), hiếp dâm, lạm dụng (tình dục, thể chất, người lớn tuổi, vợ chồng, v.v.), phá thai, các bệnh tình dục như HIV/AIDS và các bệnh truyền nhiễm khác và xét nghiệm di truyền.

Những thông tin được tiết lộ: (đánh dấu vào (các) ô phù hợp)

- Ấn bản tiêu chuẩn (những lưu ý trong 3 năm qua, báo cáo xét nghiệm/x-quang, danh sách thuốc, danh sách dị ứng, hồ sơ tiêm chủng, ghi chú tham khảo.)
- Chỉ những thông tin liên quan đến (hãy nêu rõ): _____
- Chỉ trong khoảng thời gian của các sự kiện từ: _____ đến _____
- Toàn bộ hồ sơ bệnh án
- Ngoại trừ ___ Kết quả xét nghiệm AIDS/HIV, chẩn đoán, điều trị và những thông tin liên quan
 ___ Kết quả sàng lọc ma túy và thông tin về việc sử dụng và điều trị ma túy và rượu
 ___ Những lưu ý về sức khỏe tâm thần
 ___ Xét nghiệm di truyền

Tôi hiểu rằng văn bản ủy quyền này sẽ hết hạn sau 90 ngày kể từ ngày ký trừ khi tôi đã chỉ định một ngày hết hạn hoặc sự kiện hết hạn khác như sau.

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Nhân viên phụ trách quyền riêng tư của MAHEC, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803, và giấy ủy quyền này sẽ hết hiệu lực vào ngày được thông báo ngoại trừ trong phạm vi hành động đã được thực hiện trong dựa trên thông tin này.

Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được luật liên bang hoặc tiểu bang bảo vệ nữa.

Tôi hiểu rằng MAHEC sẽ không đưa ra điều kiện điều trị hoặc điều kiện để được chăm sóc khi cung cấp giấy ủy quyền này trừ khi dịch vụ chăm sóc đó: (1) liên quan đến nghiên cứu hoặc (2) được cung cấp chỉ với mục đích tạo Thông tin sức khỏe được bảo vệ để tiết lộ cho bên thứ ba.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu Giấy ủy quyền này.

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI BỆNH

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA ĐẠI DIỆN CỦA NGƯỜI BỆNH, NẾU CÓ (Hãy cho biết quan hệ với người bệnh)

NGÀY

NGƯỜI LÀM CHỨNG KÝ TÊN, NẾU CÓ

NGÀY

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN NHẬN MỘT BẢN GIẤY ỦY QUYỀN NÀY SAU KHI QUÝ VỊ KÝ TÊN.