

CĂN CƯỚC CỦA BỆNH NHÂN ( hoặc nhấn tên bệnh nhân)

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Hồ Sơ Y Tế Số#: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Điện thoại#: Nhà \_\_\_\_\_ Cơ quan \_\_\_\_\_

Tên Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_



**Sự Chấp thuận của Bệnh nhân trong việc Trao đổi Thông tin Sức khỏe (HIE) của Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ (PHI)**

Tên:	Tên đệm:	Họ:	Ngày sinh: MM/DD/YYYY
------	----------	-----	--------------------------

**Vui lòng đọc kỹ những tuyên bố này:** (Nếu bạn là đại diện hợp pháp của bệnh nhân, "tôi", "của tôi" hoặc "Tôi" đề cập đến bệnh nhân).

Bằng việc ký vào mẫu này, tôi hiểu rằng San Ysidro Health (SYHealth) là thành viên của nhiều mạng lưới tích hợp lâm sàng, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cơ bản và Cơ quan Đối tác Trung tâm Y tế, tất cả đều hợp tác để đảm bảo quyền tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng và giá cả phải chăng cho tất cả mọi người. (Để biết thêm thông tin về các mạng lưới, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cơ bản và các cơ quan đối tác y tế khác, vui lòng truy cập [www.syhc.org](http://www.syhc.org).)

Tôi cho phép thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của tôi được sử dụng cho mục đích cung cấp điều trị y tế cho tôi. Cũng như hỗ trợ các hoạt động liên quan đến việc phối hợp giữa chăm sóc sức khỏe và các Dịch vụ được cung cấp bởi SYHealth khác, các mạng lưới tích hợp lâm sàng, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc cơ bản, Đối tác Trung tâm Y tế và các tổ chức khác như 2-1-1 San Diego và các đối tác giới thiệu của tổ chức này.

Tôi hiểu và đồng ý rằng SYHealth, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đối tác và tổ chức khác có thể truy cập, sử dụng, tiết lộ và tiếp tục tiết lộ tất cả các hồ sơ sức khỏe có sẵn của tôi và các thông tin khác về tôi, từ cả trước và sau ngày hôm nay. Tôi hiểu rằng một khi thông tin sức khỏe của tôi được tiết lộ cho một cá nhân hoặc tổ chức không phải là nhà cung cấp hoặc người trả tiền, thông tin sức khỏe của tôi có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật liên bang (45 CFR 164.508(c)(2)(iii)). Tôi hiểu và đồng ý rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) được tiết lộ có thể liên quan đến các điều kiện rất nhạy cảm sau:

- Sức khỏe tâm thần hoặc khuyết tật về phát triển
- Lạm dụng chất kích thích/rượu
- Kết quả xét nghiệm HIV
- Bệnh lây truyền qua đường tình dục và các bệnh truyền nhiễm khác
- Thông tin kế hoạch hóa gia đình

Tôi hiểu thông tin sức khỏe được tiết lộ có thể bao gồm:

- Thông tin chẩn đoán
- Thông tin nhân khẩu
- Thuốc và liều lượng
- Xét nghiệm và kết quả xét nghiệm
- Dự ứng
- Tóm tắt chăm sóc và kế hoạch chăm sóc
- Tình hình nhà ở và hỗ trợ xã hội
- Ghi chú lâm sàng
- Tiền sử đời sống xã hội
- Đơn hàng
- Người thanh toán
- Thông tin việc làm

Tôi có thể thu hồi sự đồng ý này bằng văn bản, bất cứ lúc nào, bằng cách liên hệ với Bộ phận HIS của SYHealth có địa chỉ tại: 1601 Precision Park Lane, San Diego, CA 92173; tuy nhiên, việc thu hồi như vậy sẽ không áp dụng cho bất kỳ việc chia sẻ thông tin sức khỏe nào của tôi xảy ra trước ngày nhận được văn bản thu hồi.

Thời gian hiệu lực: Sự Chấp thuận này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến ngày tôi rút lại sự chấp thuận của mình hoặc trong vòng 10 năm kể từ khi không còn là bệnh nhân tích cực tại SYHealth.

Tôi đã đọc và hiểu nội dung của mẫu chấp thuận này và tôi có quyền nhận được một bản sao theo yêu cầu.

San Ysidro Health và nhân viên, nhà thầu/nhà cung cấp và/hoặc các Trung tâm Y tế/Cơ quan Đối tác khác sẽ tiếp tục điều trị cho tôi ngay cả khi tôi chọn không ký vào mẫu này. (Xin lưu ý: Điều kiện nhận trợ cấp, Ghi danh, thanh toán hoặc điều trị có thể không được quy định khi ký ủy quyền (45 CFR 164.508(c)(2)(ii))).

Bằng việc chấp thuận, quý vị đặc biệt ủy quyền cho SYHealth sử dụng và tiết lộ thông tin liên quan đến Lạm dụng Ma túy/Rượu/Chất gây nghiện, Sức khỏe Tâm thần và HIV. Tôi hiểu rằng hồ sơ lạm dụng chất gây nghiện được bảo vệ theo các quy định của liên bang, 42 CFR Phần 2 và Đạo Luật Về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế năm 1996 (HIPAA), 45 CFR Phần 160 và 164 và không thể được tiết lộ lại mà không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được cho phép theo quy định.

**CHỌN:** Tôi ủy quyền chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi

**BỎ CHỌN:** Tôi không cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi

Ngày sinh của Bệnh nhân:	Tên Viết Hoa của Người Đại Diện Hợp Pháp:
Tên Bệnh Nhân In Hoa:	Nếu được Ký bởi Người Đại Diện Hợp Pháp, Mọi quan hệ với Bệnh Nhân là:
Chữ ký của Bệnh Nhân:	Chữ Ký của Người Đại Diện Hợp Pháp:
Ngày Ký:	Ngày Ký: