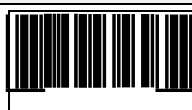




Bệnh nhân	Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Ph. #: _____ SSN: _____ Địa chỉ: _____															
Tư / Đến	Tôi cho phép các tổ chức sau đây sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin y tế được mô tả dưới đây cho bệnh nhân có tên nêu trên: (Điền địa chỉ cần thiết để xử lý yêu cầu)															
	Thông tin sẽ được xuất ra TỪ: _____ _____ _____	Thông tin sẽ được xuất ra CHO: _____ _____ _____														
	<i>Vui lòng ghi rõ bệnh viện, phòng khám hoặc cơ sở lưu giữ hồ sơ.</i> _____ _____															
Mục đích	Vì (các) mục đích: <input type="checkbox"/> Theo yêu cầu của bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp/cá nhân <input type="checkbox"/> Các mục đích khác (nêu rõ từng mục đích): _____															
Thông tin sẽ được Tiết lộ	Mô tả bản chất của thông tin sẽ được sử dụng và/hoặc tiết lộ: (ký tắt tất cả các mục áp dụng)															
	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tóm tắt xuất viện</td> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiền sử & Khám sức khỏe</td> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo chụp X-quang/chụp chiếu hình ảnh</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tư vấn</td> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo phẫu thuật</td> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo EKG</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ghi chú tiến hành của bác sỹ</td> <td><input type="checkbox"/> Hồ sơ Phòng Cấp cứu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ghi chú của phòng khám bác sỹ lâm sàng</td> <td><input type="checkbox"/> Hồ sơ về thuốc</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Báo cáo thanh toán</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tóm tắt xuất viện	<input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý	<input type="checkbox"/> Tiền sử & Khám sức khỏe	<input type="checkbox"/> Báo cáo chụp X-quang/chụp chiếu hình ảnh	<input type="checkbox"/> Tư vấn	<input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm	<input type="checkbox"/> Báo cáo phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Báo cáo EKG	<input type="checkbox"/> Ghi chú tiến hành của bác sỹ	<input type="checkbox"/> Hồ sơ Phòng Cấp cứu	<input type="checkbox"/> Ghi chú của phòng khám bác sỹ lâm sàng	<input type="checkbox"/> Hồ sơ về thuốc	<input type="checkbox"/> Báo cáo thanh toán		Thông tin được Bảo vệ Đặc biệt: <input type="checkbox"/> Hồ sơ điều trị sức khỏe tâm thần <input type="checkbox"/> Chân đoán, điều trị lạm dụng ma túy/rượu và hồ sơ giới thiệu <input type="checkbox"/> Lưu trữ và tìm kiếm thông tin: HIV/AIDS/Bệnh lây truyền qua đường tình dục <input type="checkbox"/> Lưu trữ và tìm kiếm thông tin: Xét nghiệm di truyền (Oregon)
<input type="checkbox"/> Tóm tắt xuất viện	<input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý															
<input type="checkbox"/> Tiền sử & Khám sức khỏe	<input type="checkbox"/> Báo cáo chụp X-quang/chụp chiếu hình ảnh															
<input type="checkbox"/> Tư vấn	<input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm															
<input type="checkbox"/> Báo cáo phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Báo cáo EKG															
<input type="checkbox"/> Ghi chú tiến hành của bác sỹ	<input type="checkbox"/> Hồ sơ Phòng Cấp cứu															
<input type="checkbox"/> Ghi chú của phòng khám bác sỹ lâm sàng	<input type="checkbox"/> Hồ sơ về thuốc															
<input type="checkbox"/> Báo cáo thanh toán																
_____ Thông tin khác (nêu rõ): _____			_____ Hồ sơ cho những ngày hoặc điều trị sau đây: _____													
Tất cả hồ sơ y tế từ tổ chức nêu trên (Không bao gồm Thông tin được Bảo vệ Đặc biệt ở trên trừ khi được nêu rõ bằng ký tắt)																
Thông báo	1. Tôi hiểu rằng, nếu người nhận thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này không phải là chương trình sức khỏe hoặc nhà cung cấp được quy định trong luật riêng tư của liên bang hoặc tiểu bang, thông tin có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được các luật đó bảo vệ. Nếu thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này bao gồm HIV/AIDS, Bệnh Lây truyền qua đường Tình dục, sức khỏe tâm thần, xét nghiệm di truyền và chân đoán, điều trị lạm dụng ma túy/rượu, hoặc thông tin giới thiệu, luật và quy định của Liên bang bao gồm 42 CFR Phần 2 và 445 CFR Phần 160 và 164 hoặc luật tiểu bang có thể ngăn người nhận tiết lộ thông tin này. 2. Tôi có thể từ chối ký giấy cho phép này. Việc từ chối của tôi sẽ không ảnh hưởng xấu đến khả năng nhận được điều trị của tôi, đăng ký tham gia chương trình sức khỏe, đủ điều kiện nhận trợ cấp hoặc nhận thanh toán cho các dịch vụ trừ khi giấy cho phép này được tìm kiếm cho các mục đích điều trị liên quan đến nghiên cứu, để xác định tính đủ điều kiện hoặc đăng ký tham gia chương trình của tôi, để được bảo hiểm hoặc xác định rủi ro hoặc nếu các dịch vụ liên quan đến thông tin được tiết lộ chỉ được thực hiện cho mục đích cung cấp thông tin đó cho một người nào khác. 3. Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho Phòng Quản lý Thông tin Y tế/Hồ sơ Y tế của tổ chức nêu trên theo mẫu được chỉ định. Tuy nhiên, bất kỳ việc thu hồi nào như vậy sẽ không áp dụng cho bất kỳ hoạt động nào được thực hiện dựa trên giấy cho phép này. Thông báo Chung về Thực thi Quyền riêng tư của PeaceHealth cũng mô tả cách thu hồi giấy cho phép này. 4. Tôi đã nhận được một bản sao của giấy cho phép này. Tôi có thể kiểm tra hoặc yêu cầu bản sao thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này.															
Ngày	Trừ khi bị thu hồi, giấy cho phép này có hiệu lực trong 90 ngày kể từ ngày ký tên dưới đây hoặc trong khoảng thời gian sau. Ngày bắt đầu: _____ Ngày kết thúc (hết hạn): _____ (Ở tiểu bang Washington, ngày hết hạn có thể không quá 1 năm sau khi ký giấy cho phép này nếu tiết lộ thông tin cho chủ sử dụng lao động hoặc tổ chức tài chính.)															
Chữ ký	CHỮ KÝ: Tôi đã đọc và hiểu giấy cho phép này. _____ Chữ ký của Bệnh nhân hoặc đại diện cá nhân Mọi quan hệ với bệnh nhân Ngày *Nếu là đại diện cá nhân của bệnh nhân, quý vị có thể được yêu cầu cung cấp tài liệu phù hợp để chứng minh thẩm quyền hành động thay mặt cho bệnh nhân (Ví dụ, các tài liệu bao gồm Giấy Ủy quyền, Giấy Chứng tử, Lệnh của Tòa án)															
For PeaceHealth Use Only	Date Received: _____ MRUN # _____ Acct # _____ <input type="checkbox"/> Fees explained if needed <input type="checkbox"/> Records sent by _____ <input type="checkbox"/> Identity and authority verified Date/Time: _____															

Vui lòng không viết vào ô:



Release of Information SYS1020-VT (11/30/21)

Authorization