

**Kính gửi quý bệnh nhân:**

Theo luật pháp về quyền riêng tư của liên bang, quý vị có quyền yêu cầu hạn chế về cách thức sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của mình. Sau đây là một số điều quý vị nên biết về quyền của mình và cách PeaceHealth quản lý quyền đó:

- Ngoại trừ những hạn chế tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe như mô tả bên dưới, PeaceHealth không phải tuân thủ yêu cầu hạn chế của quý vị.
- Theo quy định của luật pháp, PeaceHealth phải tiết lộ thông tin bệnh nhân *mà không cần phải có giấy ủy quyền của quý vị*, cho nhiều cơ quan của tiểu bang, liên bang và các cơ quan khác vì nhiều mục đích khác nhau (xem mô tả đầy đủ trong phần Thông báo Chung về Thực hành Quyền riêng tư của PeaceHealth). Chúng tôi không thể tuân thủ yêu cầu hạn chế tiết lộ hoàn toàn hoặc xin ủy quyền trước khi tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe nào của quý vị.
- Nói chung, PeaceHealth sẽ không đồng ý tuân thủ yêu cầu hạn chế trừ khi chúng tôi có thể hoàn toàn tự tin rằng chúng tôi sẽ có thể tuân thủ yêu cầu hạn chế đó. Nhiều yêu cầu hạn chế bị từ chối vì lý do thực tế.
- Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình về các dịch vụ hoặc các hạng mục mà quý vị đã “tự thanh toán” toàn bộ. PeaceHealth phải tuân thủ loại yêu cầu này. Tuy nhiên:
  - Quý vị phải tự thanh toán toàn bộ cho hạng mục hoặc dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó.
  - Nếu quý vị không thanh toán toàn bộ, thì yêu cầu hạn chế đó được coi là không hợp lệ và PeaceHealth sẽ nộp đơn yêu cầu bồi hoàn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị đối với hạng mục hoặc dịch vụ đó.
  - Vì thời gian nằm viện nội trú được các chương trình bảo hiểm sức khỏe bồi hoàn khác với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác - thường là thanh toán trọn gói dựa trên chẩn đoán của quý vị - nên thực tế là không thể từ chối cung cấp thông tin về một dịch vụ hoặc hạng mục cụ thể cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Nếu muốn hạn chế tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình đối với một hạng mục hoặc dịch vụ được cung cấp trong thời gian nằm viện nội trú, thì quý vị phải thanh toán toàn bộ thời gian nằm viện nội trú.
  - Nếu quý vị thanh toán toàn bộ cho một dịch vụ chẩn đoán, như xét nghiệm hoặc chụp x-quang và yêu cầu hạn chế tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe, thì chắc chắn chúng tôi sẽ không gửi yêu cầu bồi hoàn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Tuy nhiên, bác sĩ điều trị có thể phải nộp kết quả chẩn đoán của quý vị cho chương trình bảo hiểm sức khỏe để được bồi hoàn cho các dịch vụ của họ. Quý vị phải liên hệ trực tiếp với văn phòng bác sĩ để yêu cầu hạn chế.

Patient Identification

SYS1000-VT (06/29/16)

PeaceHealth  
**Request for Restrictions of Protected Health Information**  
- Vietnamese  
Page 1 of 2

(This page goes to patient – Do not scan into record)

Ngày HIM hoặc PFS nhận được yêu cầu: \_\_\_\_\_

Họ:	Tên:	Tên đệm:
Địa chỉ Đường phố:	Điện thoại:	
Thành phố, Tiểu bang, Mã zip:	Ngày sinh:	

**Tôi yêu cầu hạn chế thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi như sau:**

- Sử dụng bởi, hoặc tiết lộ cho các cá nhân hoặc tổ chức (ngoài tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi như mô tả bên dưới)

Thông tin cần hạn chế:
Các cá nhân phải hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi bao gồm:
Khoảng thời gian hạn chế: (từ) _____ (đến) _____

- Tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi về các hạng mục hoặc dịch vụ mà tôi đang “tự thanh toán” toàn bộ

Mô tả hạng mục hoặc dịch vụ:	
(Các) Ngày dịch vụ:	Số tài khoản:
<input type="checkbox"/> Yêu cầu hạn chế bị hủy bỏ do không thanh toán toàn bộ cho các dịch vụ. Ngày: _____ Tên viết tắt: _____	

Tôi hiểu rõ rằng, nếu tôi đang yêu cầu hạn chế tiết lộ cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, thì tôi phải thanh toán toàn bộ cho (các) dịch vụ cụ thể, nếu không PeaceHealth sẽ không thể hạn chế tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người được Ủy quyền Ký tên thay \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ Giờ \_\_\_\_\_  
mặt Bệnh nhân – Mọi quan hệ

**FOR PEACEHEALTH USE ONLY** Routing: Restrictions on disclosures to health plans – HIM; all others to Regional Privacy Officer

<input type="checkbox"/> Restriction Accepted Scan to RST-AD	<input type="checkbox"/> Restriction Denied Scan to RSTDEN
---	---

- Patient/Personal Representative notified of restriction decision by:

Signature	Title	Date	Time
-----------	-------	------	------

Patient Identification

SYS1000-VT (06/29/16)

PeaceHealth  
**Request for Restriction of Protected Health Information**  
**- Vietnamese**  
Page 2 of 2