



ỦY QUYỀN CHO GỬI THÔNG TIN SỨC KHỎE

Fax Hồ sơ Y khoa đến số: (802) 860-4313 Email Hồ sơ Nha khoa đến địa chỉ:

dentalxrays@chcb.org

Đây là biểu mẫu cho phép CHC liên lạc bằng lời nói với người hoặc tổ chức được ủy quyền được liệt kê dưới đây.

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

Lý do Tiết lộ: Vui lòng chọn (các) lý do tiết lộ thông tin của quý vị:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Điều phối dịch vụ chăm sóc | <input type="checkbox"/> Bản sao bệnh nhân |
| <input type="checkbox"/> Chuyển tiếp dịch vụ chăm sóc | <input type="checkbox"/> Ý kiến thứ hai |
| <input type="checkbox"/> Lý do pháp lý | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng mô tả): |

Vui lòng chọn tất cả thông tin mà quý vị muốn chia sẻ:

Y khoa:

HỒ SƠ SỨC KHỎE ĐẦY ĐỦ - Bao gồm cả hồ sơ y khoa trước đây từ các cơ quan bên ngoài mà CHC đã lưu.

Phạm vi ngày: ___/___/___ đến ___/___/___ Nếu không có chỉ định ngày thì tức là sẽ chia sẻ tất cả các hồ sơ đã chọn thuộc loại này.

Khác (kết quả xét nghiệm, hẹn khám, thông tin thanh toán, v.v.. Vui lòng mô tả):

Sức khỏe Tâm thần:

Hồ sơ Sức khỏe Tâm thần/Liệu pháp Điều trị Sức khỏe Tâm thần Đầy đủ

Phạm vi ngày: ___/___/___ đến ___/___/___ Nếu không chỉ định ngày thì tức là quý vị sẽ chia sẻ tất cả các hồ sơ đã chọn thuộc loại này.

Khác (vui lòng mô tả): _____

Nha khoa:

X-quang Nha khoa – Tất cả

Khác (vui lòng mô tả):

NGƯỜI YÊU CẦU Thông tin:

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

NGƯỜI NHẬN Thông tin:

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____

Ngày hoặc sự kiện khi mẫu này hết hạn: _____

Tôi hiểu rằng nếu ở trên tôi không ghi rõ ngày hết hạn, thì mẫu này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày sau cùng tôi nhận dịch vụ tại CHC. Tôi hiểu rằng thông tin đã tiết lộ có thể bao gồm hồ sơ về y tế, tâm thần, sức khỏe tâm thần và/hoặc về ma túy và rượu. Tôi hiểu rằng Hồ sơ Y khoa của tôi được bảo vệ theo Đạo luật Chuyển đổi và Trách nhiệm Giải trình Bảo hiểm Y tế năm 1996 ("HIPAA"), mục 45 Phần 160 và 164 và không được tiết lộ nếu không có văn bản chấp thuận của tôi trừ khi có quy định khác của tiểu bang và liên bang. Bản sao hoặc bản fax của mẫu chấp thuận này có giá trị như bản gốc. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị từ chối dịch vụ nếu tôi từ chối việc chấp thuận tiết lộ cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi sẽ không bị từ chối dịch vụ nếu tôi từ chối việc chấp thuận tiết lộ cho các mục đích khác. Quý vị cho phép Trung tâm Sức khỏe Cộng đồng Burlington tiết lộ hồ sơ của quý vị ở những định dạng sau: lời nói, văn bản, điện tử, trừ khi ghi rõ ở đây.

Chữ ký của Bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Đại diện Hợp pháp: _____ Ngày: _____

Mô tả quyền ký thay bệnh nhân: _____ Số liên lạc: _____

Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại mẫu chấp thuận này bất kỳ lúc nào. Việc tôi quyết định thu hồi mẫu chấp thuận này sẽ không ảnh hưởng đến các hồ sơ đã được tiết lộ trước đó theo mẫu chấp thuận này. Bằng phương tiện này, tôi thu hồi lại mẫu chấp thuận này vào ngày: _____ (ngày). Không tiết lộ thêm thông tin theo chấp thuận này.
Chữ ký: _____

Bản chỉnh sửa Tháng 11 năm 2023

READ ONLY



AUTHORIZATION TO SEND HEALTH INFORMATION

Fax Medical Records to: (802) 860-4313 Email Dental Records to: dentalxrays@chcb.org

This form allows CHC to verbally communicate with the authorized person or organization listed below.

Patient Name: _____ Date of birth: _____

Address: _____ Phone: _____

Reason for Release: Please choose the reason(s) for the release of your information:

- Coordination of care
- Patient copy
- Transfer care
- Second opinion
- Legal purposes
- Other (please describe):

Please choose all information you would like to have shared:

Medical:

- COMPLETE HEALTH RECORD - This includes past medical records from outside agencies that CHC has on file.
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (test results, appointments, billing information, etc. Please describe):

Mental Health/Psychiatry:

- Complete Mental Health Therapy/Psychiatric Record
Date range: ___/___/___ to ___/___/___ If no dates are specified, all records of this type selected will be shared.
- Other (please describe):

Dental:

- Dental x-rays – All
- Other (please describe):

Information REQUESTED FROM: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Information RELEASED TO: _____

Address: _____

Phone: _____ Fax: _____

Date or event upon which this consent will expire: _____

I understand that if I do not state a date of expiration above, then this consent will expire one year from the last date of service to me at CHC. **I understand that information released may include medical, psychiatric, mental health and/or drug and alcohol records.** I understand that my Medical Records are protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by state and federal regulations. A photocopy or facsimile of this consent is valid as is the original. I understand that I might be denied services if I refuse to consent to a disclosure for purposes of treatment, payment, or health care operations. I will not be denied services if I refuse to consent to a disclosure for other purposes. You are authorizing the Community Health Centers of Burlington to disclose your records in the following formats: verbal, written, electronic, unless otherwise specified here.

Patient Signature: _____ Date: _____

Parent, Guardian, or Legal Representative Signature: _____ Date: _____

Describe authority to sign on behalf of patient: _____ Contact number: _____

I understand that I may revoke this consent at any time. My decision to revoke this consent will not affect the records that were previously released under this consent. I hereby revoke this consent on: _____ (date). Do not release any further information under this consent.
Signature: _____