

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:

- Điều phối chăm sóc Bản sao dành cho bệnh nhân Chăm sóc chuyển tiếp Ý kiến thứ hai
 Mục đích pháp lý Khác (vui lòng mô tả):

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

BIỂU ĐỒ HOÀN CHỈNH:

- Biểu đồ hoàn chỉnh bao gồm Y tế/Sức khỏe Tâm thần /Tâm thần học. Biểu đồ này bao gồm các hồ sơ trước đây từ các cơ quan bên ngoài mà CHC có lưu hồ sơ, bao gồm hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nhận được từ một chương trình tuân theo Tiêu đề 42 Phần 2 của Đạo luật Liên bang (CFR) chỉ có thể được sử dụng và tiết lộ khi có sự đồng ý bằng văn bản, trừ khi được pháp luật cho phép.
 Đánh dấu kiểm tại đây nếu quý vị không muốn hồ sơ của mình từ một cơ sở theo Phần 2 được tiết lộ.

Phạm vi ngày: ____/____/____ tới ____/____/____ Nếu không nêu rõ ngày, tất cả các hồ sơ thuộc loại này sẽ được chia sẻ.

Y TẾ:

- Tất cả các ghi chú chỉ dành cho dịch vụ y tế. Điều này bao gồm hồ sơ y tế trước đây từ các cơ quan bên ngoài mà CHC có lưu hồ sơ.
 Khác (kết quả kiểm tra, các lần hẹn, thông tin thanh toán, v.v.) Vui lòng mô tả:

Phạm vi ngày: ____/____/____ tới ____/____/____ Nếu không nêu rõ ngày, tất cả các hồ sơ thuộc loại này sẽ được chia sẻ.

SỨC KHỎE TÂM THẦN/TÂM THẦN HỌC:

- Tất cả các ghi chú về sức khỏe tâm thần/tâm thần học. Biểu đồ này bao gồm các hồ sơ trước đây từ các cơ quan bên ngoài mà CHC có lưu hồ sơ, bao gồm hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện nhận được từ một chương trình tuân theo Tiêu đề 42 Phần 2 của Đạo luật Liên bang (CFR) chỉ có thể được sử dụng và tiết lộ khi có sự đồng ý bằng văn bản, trừ khi được pháp luật cho phép.
 Đánh dấu kiểm tại đây nếu quý vị không muốn hồ sơ của mình từ một cơ sở theo Phần 2 được tiết lộ.

- Khác (vui lòng mô tả):

Phạm vi ngày: ____/____/____ tới ____/____/____ Nếu không nêu rõ ngày, tất cả các hồ sơ thuộc loại này sẽ được chia sẻ.

NHA KHOA:

- Chụp X-quang nha khoa

Phạm vi ngày: ____/____/____ đến ____/____/____ Nếu không nêu rõ ngày, tất cả các lần chụp X-quang nha khoa từ 5 năm gần nhất sẽ được chia sẻ.

- Khác (vui lòng mô tả):

Thông tin ĐƯỢC YÊU CẦU TỪ:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Số fax: _____

Thông tin ĐƯỢC TIẾT LỘ CHO:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Số fax: _____

Ngày hết hạn chấp thuận này: _____

Tôi hiểu rằng nếu tôi không định ngày hết hạn ở trên, thì chấp thuận này sẽ hết hạn sau ba năm kể từ ngày cuối cùng cung cấp dịch vụ cho tôi tại CHC. **Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ có thể bao gồm hồ sơ y tế, tâm thần học, sức khỏe tâm thần và/hoặc ma túy và rượu.** Tôi hiểu rằng Hồ sơ Y tế của tôi được bảo vệ theo Đạo luật về trách nhiệm giải trình và cung cấp thông tin bảo hiểm y tế năm 1996 ("HIPAA"), Tiêu đề 45 các Phần 160 và 164, và không thể được tiết lộ mà không có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi trừ khi có quy định khác của tiểu bang và liên bang. Bản sao hoặc bản fax của chấp thuận này có giá trị như bản gốc. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị từ chối các dịch vụ nếu tôi từ chối đồng ý tiết lộ cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi sẽ không bị từ chối dịch vụ nếu tôi từ chối đồng ý tiết lộ cho các mục đích khác. Ủy quyền này có thể được thu hồi bằng cách gửi văn bản cho CHC bất cứ lúc nào, ngoại trừ trường hợp ủy quyền này đã được thực hiện trước đó. Quý vị đang ủy quyền cho Trung tâm Y tế Cộng đồng tiết lộ hồ sơ của quý vị ở các dạng sau: bằng lời nói, bằng văn bản, điện tử, trừ khi được nêu khác đi trong đây.

- Tôi cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin theo Tiêu đề 42 CFR Phần 2 cho các mục đích sau: Đối với tất cả các mục đích sử dụng và tiết lộ trong tương lai cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe của tôi. Thông tin được tiết lộ theo ủy quyền này có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi HIPAA hoặc Tiêu đề 42 CFR Phần 2. Ngoại trừ, thông tin tuân theo Tiêu đề 42 CFR Phần 2 không được sử dụng trong các thủ tục pháp lý mà không có sự đồng ý hoặc lệnh của tòa án có thẩm quyền.**

Chữ ký của bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Phụ huynh, Người giám hộ hoặc Người đại diện hợp pháp: _____ Ngày: _____

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