

ỦY QUYỀN (CHỈ) GIAO TIẾP BẰNG LỜI NÓI

Biểu mẫu này cho phép chia sẻ thông tin bằng lời nói với người khác. Không có hồ sơ giấy nào sẽ được gửi.

Chỉ dành cho mục đích sử dụng cá nhân - vui lòng không thêm nhiều tên.

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:

- Phối hợp chăm sóc Mục đích pháp lý
 Sự tham gia/hỗ trợ của gia đình

Tôi ủy quyền cho CHC tiết lộ hồ sơ y tế của tôi, bao gồm y tế, sức khỏe tâm thần, tâm thần học và nha khoa, với mục đích giao tiếp bằng lời nói.

Thông tin ĐƯỢC TIẾT LỘ CHO: _____ **Điện thoại:** _____

Mối quan hệ với tôi: _____

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. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi chấp thuận này bất cứ lúc nào. Quyết định thu hồi chấp thuận này của tôi sẽ không ảnh hưởng đến các hồ sơ đã được tiết lộ trước đó theo chấp thuận này. Quý vị đang ủy quyền cho Trung tâm Y tế Cộng đồng của Burlington tiết lộ hồ sơ của quý vị bằng các hình thức sau: bằng lời nói.

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 bệnh nhân: _____ Số điện thoại liên lạc: _____

Tôi do đó rút lại chấp thuận này vào ngày: _____ (ngày) Chữ ký: _____