



## ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_ Số an sinh xã hội (SS#) \_\_\_\_\_  
(Vui lòng viết hoa)

**Tôi cho phép Integral Care tiết lộ và hoặc chia sẻ thông tin y tế được bảo vệ (PHI) của tôi với:**

Tên Cơ quan/Cá nhân: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ e-mail: \_\_\_\_\_

### THÔNG TIN ĐƯỢC TIẾT LỘ: Chọn tất cả các mục phù hợp

- Đánh giá tâm thần     Danh mục thuốc     Đánh giá trí tuệ Khuyết tật (DID)     Thông tin được cung cấp trong Các buổi hẹn khám của tôi
- Kế hoạch điều trị     Đánh giá chẩn đoán     Đánh giá tiến độ của bác sĩ kê đơn
- Đánh giá khủng hoảng     Đánh giá tiến độ của y tá     Đánh giá tiến độ của nhân viên công tác xã hội     Khác: \_\_\_\_\_
- Đánh giá tường thuật     Kết quả UA/Kết quả phòng thí nghiệm     Nhân khẩu học
- Hồ sơ thanh toán     Ngày nhập viện/xuất viện

Tôi hiểu rằng sự cho phép này áp dụng cho tất cả thông tin có trong hồ sơ của tôi về bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ/phát triển, rối loạn sử dụng chất kích thích, các bệnh truyền nhiễm như HIV/AIDS và thông tin di truyền, trừ khi một hoặc nhiều hộp sau được chọn.

**Không tiết lộ thông tin liên quan đến:**     Rối loạn sử dụng chất gây nghiện     Thông tin di truyền     Các bệnh truyền nhiễm (gồm cả HIV/AIDS)

### THÔNG TIN ĐƯỢC TIẾT LỘ PHẢI NẪM TRONG KHOẢNG THỜI GIAN TỪ \_\_\_\_\_ ĐẾN \_\_\_\_\_

Nếu không có khoảng thời gian nào được đưa ra, thông tin được tiết lộ sẽ bao gồm tất cả thông tin trước ngày hết hạn của biểu mẫu ủy quyền này.

### THÔNG TIN ĐƯỢC TIẾT LỘ NHÃM PHỤC VỤ MỤC ĐÍCH:

- Chăm sóc liên tục     Quyền lợi người khuyết tật     Theo yêu cầu của tôi     Khác: \_\_\_\_\_
- Pháp lý     Học tập     Bảo hiểm

Tôi hiểu rằng việc ủy quyền này là tự nguyện và tôi có thể từ chối ký vào biểu mẫu ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào biểu mẫu này. Tôi hiểu rằng tôi có thể xem các thông tin y tế được bảo vệ sẽ được tiết lộ. Nếu thông tin này là dành cho bản thân tôi, tôi có thể yêu cầu nhận thông tin dưới dạng bản mềm. Tôi hiểu rằng thông tin y tế được bảo vệ của tôi có thể được tiết lộ dưới dạng bản mềm. Sự cho phép này áp dụng cho thông tin được tiết lộ dưới dạng bản mềm, bản cứng và lời nói.

Ủy quyền này có thể bị hủy bỏ bất cứ lúc nào, bằng văn bản gửi đến Integral Care, nhưng việc hủy bỏ sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ sự tiết lộ thông tin nào đã được thực hiện trước khi nhận được thông báo hủy bỏ. PHI được tiết lộ có thể được người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được bảo vệ bởi các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư của tiểu bang hoặc liên bang. Integral Care không thể kiểm soát cách cơ quan/người nhận thông tin theo ủy quyền này sử dụng thông tin y tế được bảo vệ.

Trừ khi bị hủy bỏ hoặc có thay đổi, ủy quyền này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.  
Ngày hết hạn nếu có thay đổi: \_\_\_\_\_

Chữ ký của khách hàng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên viết hoa: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

**TUYÊN BỐ TIẾT LỘ THÔNG TIN:** Thông tin này có thể được tiết lộ cho bạn từ những hồ sơ được bảo vệ bởi Quy định Bảo mật Liên bang 42 CFR phần 2. Các quy định của Liên bang nghiêm cấm việc tiết lộ thêm thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép một cách rõ ràng bởi sự chấp thuận bằng văn bản của người sở hữu thông tin hoặc được cho phép bởi 42 CFR phần 2. Ủy quyền tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác thông thường là KHÔNG đủ để sử dụng cho mục đích này. Các quy định của Liên bang hạn chế mọi hành vi sử dụng thông tin để điều tra hoặc truy tố hình sự bất kỳ bệnh nhân lạm dụng rượu hoặc ma túy nào.

Vui lòng gửi yêu cầu hồ sơ y tế đến:  
Bộ phận Hồ sơ y tế-Integral Care  
P.O. Box 3548  
Austin, Texas 78764-3548  
(512) 440-4075  
(512) 445-7726 (FAX)  
Sửa đổi: Ngày 29 tháng 6 năm 2017