



BỆNH VIỆN UNM – TRUNG TÂM KHOA HỌC SỨC KHỎE

GIẤY ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Số Bệnh lý: _____

1. Nay tôi ủy quyền Trung tâm Khoa học Sức khỏe UNM được tiết lộ thông tin từ hồ sơ sức khỏe của tôi tại...

- Bệnh viện Đại học Trung tâm Tâm thần UNM Bệnh viện Carrie Tingley
- Bệnh viện Tâm thần Nhi đồng Trung Tâm Ung thư UNM Trung tâm Chăm sóc Bệnh nhân Ngoại chấn
- Nhóm Y tế UNM Trung tâm Y tế Khu Sandoval UNM
- Nơi khác (xin ghi cụ thể): _____

Quý vị muốn nhận thông tin trên CD/DVD không? Có Không Quý vị muốn nhận phim/hình xạ học trên CD/DVD không? Có Không

Gửi đến: Tên _____

Địa chỉ: Số và tên đường _____ Thành phố _____

Tiểu bang _____ Mã bưu tín _____ Số điện thoại _____ Số điện thoại fax bác sĩ/phòng khám: _____

Vì mục đích: _____

2. Thông tin được tiết lộ:

- lần khám/nhập viện gần nhất hồ sơ phòng khám ngoại chấn hồ sơ chích ngừa
- bệnh sử & báo cáo khám bệnh xét nghiệm đánh giá tâm lý
- bản tóm tắt xuất viện báo cáo xạ học báo cáo tham vấn
- hồ sơ vật lý trị liệu/liệu pháp lao động báo cáo bệnh học đánh giá lời nói & ngôn ngữ
- báo cáo phẫu thuật hồ sơ ER (phòng cấp cứu) toàn bộ hồ sơ bệnh lý

Bao gồm thời gian chăm sóc sức khỏe: từ (ngày) _____ đến (ngày) _____
từ (ngày) _____ đến (ngày) _____

1. 3. Tôi ủy quyền thêm rằng việc tiết lộ thông tin sức khỏe này sẽ bao gồm thông tin liên quan tới (ghi tên tất nếu áp dụng):

(Hãy ghi tên tất và đánh dấu cạnh từ “Có” nếu yêu cầu gửi kết quả xét nghiệm và/hoặc hồ sơ bệnh lý tâm thần.)

- Có Không Kết quả xét nghiệm _____ ghi tên tất
- Có Không Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (bệnh SIDA) hoặc nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục _____ ghi tên tất
- Có Không Dịch vụ sức khỏe hành vi/chăm sóc tâm thần _____ ghi tên tất
- Có Không Điều trị lạm dụng rượu và/hoặc thuốc _____ ghi tên tất
- Có Không Kết quả xét nghiệm di truyền và thông tin liên quan đến bệnh nhân _____ ghi tên tất

4. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ Giấy Ủy quyền này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi hủy bỏ Giấy Ủy quyền này tôi phải làm như vậy bằng văn bản và đưa văn bản hủy bỏ của tôi cho Ban Quản lý Thông tin Sức khỏe. Tôi hiểu rằng sự hủy bỏ này sẽ không áp dụng cho thông tin đã được tiết lộ do sự ủy quyền này yêu cầu. Tôi hiểu rằng sự hủy bỏ này sẽ không áp dụng cho công ty bảo hiểm của tôi khi luật cung cấp cho công ty bảo hiểm của tôi quyền được tranh tụng tiền bồi thường theo chính sách của tôi. Trừ trường hợp bị hủy bỏ, sự ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện, hoặc điều kiện sau đây: Nếu tôi không xác định ngày hết hạn, sự kiện hoặc điều kiện thì sự ủy quyền này sẽ hết hạn sau 6 tháng kể từ ngày ký tên.

5. Tôi hiểu rằng một khi thông tin trên được tiết lộ thì có thể được người nhận tái tiết lộ và thông tin này có thể không được quy định hoặc pháp luật về quyền riêng tư liên bang bảo vệ.

6. Tôi hiểu rằng ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện; rằng tôi có thể từ chối ký tên Giấy Ủy quyền này và không cần ký tên Giấy Ủy quyền này để được điều trị chăm sóc sức khỏe; và nếu tôi ký Giấy Ủy Quyền để cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe này, tôi có quyền kiểm tra và sao chép thông tin được tiết lộ. Bản sao Giấy Ủy quyền được ký tên này sẽ được cung cấp cho tôi.

Chữ ký Bệnh nhân hoặc người đại diện pháp lý _____ (Quan hệ với bệnh nhân) _____ (Ngày)

Chữ ký Nhân chứng _____ (Ngày) _____ (Bệnh nhân, nếu là bệnh nhân trên 14 tuổi của CPH/PFC&A) _____ (Ngày)

CẤM TÁI TIẾT LỘ: Quy định liên bang (42 CFR Part 2) và luật tiểu bang (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 và 24-1-9.5) cấm tái tiết lộ thêm thông tin sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và/hoặc thuốc, và kết quả xét nghiệm về HIV/SIDA và những bệnh lây truyền qua đường tình dục khác cho bất cứ người nào hoặc tổ chức nào mà không có sự ủy quyền thích hợp khác bằng văn bản cho mục đích đó, hoặc nếu không được quy định liên bang hoặc luật tiểu bang cho phép.