Inova™

1ROI

★ Tất cả các mục có dấu sao đều là trường BẮT BUỘC. **KHÔNG sử dụng để tiết lộ CATS**

A

★ Tên Bệnh nhân _____ Mã số Hồ sơ Y tế _____

★ Ngày sinh Bệnh nhân _____ Mã số An sinh Xã hội (4 chữ cố cuối) _____

★ Số Điện thoại Liên hệ _____ Email Liên hệ _____

★ Địa chỉ Bệnh nhân _____

Địa chỉ Đường phố Thành phố Tiểu bang Mã số zip

B

★ **Tôi cho phép Inova** (đánh dấu một lựa chọn):

☐ **Tiết lộ** thông tin được yêu cầu cho:
(Release the information indicated to)

☐ **Tiết lộ** thông tin được yêu cầu từ:
(Request the information indicated from)

} _____

Tên của người hay tổ chức tiếp nhận hay công khai thông tin

_____

Địa chỉ Đường phố Thành phố Tiểu bang Mã số zip

Điện thoại# _____ Fax# _____ Email _____

C

★ **Thông tin sẽ được Tiết lộ/Cung cấp:**

Cơ sở: _____

☐ Tất cả cơ sở Inova

Ngày nhập viện/trị liệu được yêu cầu:

_____

_____

_____

(đánh dấu tất cả các mục phù hợp):

☐ Thông tin Thanh toán
☐ Hồ sơ Y tế Hoàn chỉnh
☐ Tư vấn
☐ Tóm tắt Xuất viện
☐ EKG/EEG
☐ Hồ sơ Phòng Cấp cứu
☐ Lịch sử và Sức khỏe Thể chất
☐ Báo cáo Thí nghiệm
☐ Danh sách thuốc
☐ Báo cáo Giải phẫu
☐ Báo cáo Bệnh học
☐ Chỉ lệnh của Bác sĩ
☐ Ghi chú Tiến trình
☐ Ghi chú Nhập viện Điều trị Tâm thần
☐ Đánh giá Tâm thần
☐ Hình ảnh X-quang/CD
☐ Báo cáo Chẩn đoán Hình ảnh
☐ Khác (chỉ rõ):
_____
_____

D

★ **Mục đích** (đánh dấu tất cả các mục phù hợp):

☐ Tái khám
☐ Luật sư
☐ Sử dụng Cá nhân
☐ Khuyết tật
☐ Bảo hiểm
☐ Khác _____

E

★ **Cung Cấp Hồ Sơ Theo Phương Thức** (đánh dấu một lựa chọn):

☐ MyChart
☐ Fax (25 trang trở xuống)
☐ Phương tiện Điện tử (CD)
☐ Thư – Thông thường
☐ Email – Mã hóa
☐ Email – Không mã hóa
☐ Thư tại bưu điện
☐ Thư – Chuyển phát nhanh. Theo yêu cầu, Ban Quản lý Thông tin Y tế có thể chuyển phát nhanh hồ sơ. Bạn sẽ được lập hóa đơn chi phí phát sinh thực tế.
☐ Đánh giá Trực tiếp. Bạn sẽ cần phải đặt hẹn để tiến hành xét duyệt.

F

Tôi hiểu nếu người hoặc tổ chức nhận thông tin của tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc chương trình y tế phải tuân thủ các quy định về quyền riêng tư của HIPAA, thông tin trên có thể bị tiết lộ cho người khác và không còn được bảo vệ theo những quy định này.

Tôi hiểu rằng thông báo bằng văn bản là cần thiết để hủy bỏ ủy quyền này. Tôi hiểu được rằng việc hủy bỏ này sẽ không có hiệu lực đối với các thông tin đã được tiết lộ theo ủy quyền này.

Tôi hiểu rằng việc tiết lộ/công khai này có thể bao gồm thông tin nhạy cảm trong hồ sơ của tôi và việc này không cần một ủy quyền nào khác nữa theo quy định tiểu bang hoặc liên bang.

Tôi hiểu rằng việc điều trị sẽ vẫn được cung cấp cho tôi nếu tôi không ký tên vào đơn này.

_____ _____

★ **Bệnh nhân hoặc Đại diện được Ủy quyền** (chữ ký)
(Patient or Authorized Representative (signature))

★ Ngày/Giờ (Ủy quyền sẽ hết hạn sáu tháng sau ngày ký tên)
(Date/Time (Authorization will expire six months after date signed))

_____ _____ ☐ Bản thân

★ **Bệnh nhân hoặc Đại diện được Ủy quyền** (tên viết in)
(Patient or Authorized Representative (print name))

★ Quan hệ với Bệnh nhân (nêu rõ hoặc đánh dấu vào ô nếu là "chính bạn")
(Relationship to Patient (specify, or check box if "self"))

Thông tin Người phiên dịch (Sẽ được Nhân viên của Inova hoàn thành, nếu có):
Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):

☐ In person ☐ Telephonic ☐ Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____

☐ Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter ☐ Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: ❑ Male ❑ Female

Inova

Ủy quyền Yêu cầu/Tiết lộ Thông tin Y tế được Bảo vệ

Authorization to Request/Disclose Protected Health Information

VIETNAMESE

CAT# 31247-VI / R091923 • PKGS OF 100