



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services /
Medical Correspondence
 3181 SW Sam Jackson Park Rd.
 Mail Code: OP17A
 Portland, Or 97239-3098
 (503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

Trang 1 của 1

ACCOUNT NO.
 MED. REC. NO.
 NAME
 BIRTHDATE

Patient Identification

GIẤY ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ

PHẢI ĐIỂN ĐỦ TẤT CẢ CÁC PHẦN TRONG GIẤY ỦY QUYỀN NÀY, NẾU KHÔNG GIẤY ỦY QUYỀN SẼ KHÔNG ĐƯỢC CHẤP NHẬN.

Tôi ủy quyền: _____
 (Tên người/cơ quan cần tiết lộ thông tin)

 (Địa chỉ người/cơ quan) (Thành Phố) (Tiểu Bang) (Zip)

sử dụng và tiết lộ một bản sao của các thông tin y tế cụ thể được mô tả dưới đây của:

_____ (Tên bệnh nhân)
 bao gồm: (xem các định nghĩa ở mặt sau) _____ Báo cáo của bác sĩ _____ Hình chụp X quang _____ Xét nghiệm
 _____ Phòng cấp cứu _____ Hóa đơn _____ Thông tin khác, xin nêu rõ _____
 _____ Nếu cần hồ sơ của phòng khám ngoại chẩn, xin nói rõ phòng khám nào (xin coi danh sách các phòng khám ở mặt sau) _____

cho: _____
 (Tên họ người nhận)

 (Địa chỉ người nhận) (Thành Phố) (Tiểu Bang) (Zip)

nhằm mục đích: (Mô tả từng mục đích tiết lộ) _____ Tiếp tục điều trị _____ Pháp lý _____ Chứng nhận tàn phế _____ Nhập học _____ Mục đích khác, xin nói rõ _____

Nếu thông tin được tiết lộ bao gồm bất cứ loại hồ sơ hay thông tin nào được liệt kê dưới đây, các luật lệ phụ thêm liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin có thể được áp dụng. Tôi hiểu và đồng ý rằng các loại thông tin này sẽ chỉ được tiết lộ khi tôi **ký tắt** tên vào khoảng trống kế bên loại thông tin đó.

- _____ Thông tin về virus HIV/bệnh AIDS
- _____ Thông tin về bệnh tâm thần
- _____ Thông tin về việc thử nghiệm gen
- _____ Thông tin về việc chẩn đoán, điều trị, hay giới thiệu liên quan đến tình trạng nghiện ma túy/rượu

Quý vị không bắt buộc phải ký giấy ủy quyền này. Việc quý vị không ký giấy này sẽ không có ảnh hưởng bất lợi nào đến quyền của quý vị trong việc hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc quyền được bồi hoàn cho các dịch vụ đó. Chỉ có một trường hợp mà việc không ký giấy ủy quyền sẽ khiến cho quý vị không nhận được dịch vụ y tế, đó là khi mục đích duy nhất của các dịch vụ y tế này là để cung cấp thông tin y tế cho một người khác và giấy ủy quyền là cần thiết để thực hiện điều này. Việc quý vị không ký giấy ủy quyền sẽ không có ảnh hưởng bất lợi nào đến quyền ghi danh vào một chương trình bảo hiểm y tế hay quyền thụ hưởng các quyền lợi y tế, trừ phi các thông tin được yêu cầu tiết lộ là cần thiết để xác định xem quý vị có đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế đó.

Quý vị có thể hủy bỏ giấy ủy quyền này vào bất cứ lúc nào bằng giấy tờ. Nếu quý vị hủy bỏ giấy ủy quyền, các thông tin mô tả trên đây sẽ không còn được sử dụng hay tiết lộ cho các mục đích được nêu trong giấy ủy quyền này. Tuy nhiên, không thể rút lại được việc sử dụng hay tiết lộ thông tin với sự ủy quyền của quý vị trước đó.

Để hủy bỏ giấy ủy quyền này, xin viết thư nêu rõ là quý vị muốn hủy bỏ giấy ủy quyền và gửi đến địa chỉ Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Jackson Pk Rd., Portland, OR 97239-3098.

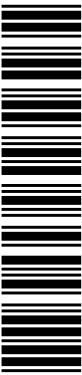
Tôi hiểu rằng các thông tin được sử dụng hay tiết lộ chiếu theo giấy ủy quyền này có thể được tiết lộ lại không còn được bảo vệ bởi luật liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hay tiểu bang có thể hạn chế việc tiết lộ lại các thông tin về HIV/AIDS, về bệnh tâm thần, về gen, và về việc chẩn đoán, điều trị, hay giới thiệu liên quan đến tình trạng nghiện ma túy/rượu.

Tôi đã đọc và hiểu giấy ủy quyền này.

Giấy ủy quyền này sẽ hết hiệu lực một năm sau ngày ký, trừ khi bị hủy bỏ trước hoặc thay đổi như sau:
 (ghi ngày hết hiệu lực hay sự kiện thích hợp) _____

Bởi: _____ Ngày: _____
 (Chữ ký của bệnh nhân hay người đại diện)

Mô tả thẩm quyền của người đại diện: _____





Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services /
Medical Correspondence
3181 SW Sam Jackson Park Rd.
Mail Code: OP17A
Portland, Or 97239-3098
(503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Trang 1 của 1

Patient Identification

ĐỊNH NGHĨA CÁC BÁO CÁO

- Các báo cáo của bác sĩ bao gồm: Bản Tóm Lược Lúc Xuất Viện, Bệnh Sử & Kết Quả Khám Cơ Thể, và các thủ thuật hay phẫu thuật, nếu có
- X-quang bao gồm các báo cáo hình X-quang, Siêu Âm, Cộng Hưởng Từ (MRI), và báo cáo các loại chụp hình đặc biệt
- Xét nghiệm - kết quả của tất cả các cuộc xét nghiệm
- Phòng Cấp Cứu - Các báo cáo của bác sĩ Phòng Cấp Cứu
- Hóa đơn - Thông tin về hóa đơn cho các dịch vụ bệnh viện và / hoặc phòng mạch
- Thông tin khác - Nêu rõ loại thông tin nào, nếu chưa được liệt kê

CÁC PHÒNG KHÁM NGOẠI CHẨN THUỘC OHSU:

Bệnh Tâm Thần Người Lớn
Dị Ứng và Miễn Dịch
Chống Đông Máu
Thính Lực Học
Xương và Khoáng Chất
Ghép Tủy Xương / Bệnh Bạch Huyết
Bệnh Tim
Viện Mắt Casey
CDRC Eugene
Trung Tâm Sức Khỏe Phụ Nữ
Bệnh Tâm Thần Nhi Đồng và Thiếu Niên
Phục Hồi và Phát Triển Trẻ Em (CDRC)
Bệnh Ngoài Da
Giải Phẫu Da
Bệnh Tiểu Đường
Sức Khỏe Đường Tiêu Hóa
Khoa Nhi Doernbecher – Phía Tây
Y Tế Nhân Viên
Bệnh Nội Tiết
Y Tế Nhân Viên Cao Cấp
Y Tế Gia Đình tại Bệnh Viện Trên Núi
Gabriel Park
Bệnh Đường Tiêu Hóa
Nhi Khoa Tổng Quát
Ngoại Khoa Tổng Quát
Bệnh Đường Tiêu Hóa / Bệnh Gan
Y Khoa Tăng Cường Sức Khỏe và Thể Thao
Huyết Học / Ung Thư Học
Bệnh Nhiễm Trùng

Chương Trình Tâm Thần Đa Văn Hóa
Nội Khoa
Các Chất Mỡ
Ghép Gan
Chuyên Gia Nội Khoa tại Bệnh Viện Trên Núi
Bệnh Thận và Cao Huyết Áp
Bệnh Thần Kinh
Giải Phẫu Thần Kinh
Giải Phẫu Răng Hàm Mặt
Oregon City
Chính Hình
Tai Mũi Họng
Trung Tâm Trị Đau Nhức Toàn Diện
Huyết Học / Ung Thư Học Nhi Đồng
Chuyên Khoa Bệnh Nhi Đồng
Chu Sinh
Giải Phẫu Tạo Hình
Bệnh Phổi
Ung Thư Học Phóng Xạ
Ghép Thận
Phong Tê Thấp
Richmond
Riverplace
Scappoose
Sellwood
Y Khoa về Ngủ
Ung Thư Học Giải Phẫu
Tiết Niệu
Giải Phẫu Mạch Máu