Ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ



Sau khi hoàn thành, mẫu này công bố sự ủy quyền của một thành viên cho một cá nhân/tổ chức khác được phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ. Để thực hiện ủy quyền, vui lòng ghi chữ dễ đọc bằng mực đen hoặc xanh và gửi lại theo hướng dẫn.

Phần 1 Thông tin về Thành viên (Bệnh nhân)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên | Ngày sinh (mm/dd/yyyy) | Mã số nhận dạng |
| Tên chủ sử dụng lao động | | Số nhóm |

Phần 2 Ủy quyền

Tôi hiểu rằng liên quan đến việc cung cấp các dịch vụ thành viên cho tôi, Dịch vụ Y tế OHSU có thông tin sức khỏe được bảo vệ liên quan đến tôi. Tôi ủy quyền Dịch vụ Y tế OHSU sử dụng và tiết lộ bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi cho:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên | | Mối quan hệ | | |
| Địa chỉ | Thành phố | | Tiểu bang | Mã bưu chính |

Với mục đích (chọn một):

Ƨ Thảo luận về tất cả thông tin liên quan đến bảo hiểm y tế, điều trị và thanh toán của tôi.

Ƨ Khác (vui lòng nêu rõ mục đích) :

Thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi bao gồm hồ sơ y tế, hồ sơ chăm sóc khẩn cấp và cấp cứu, bảng kê thanh toán, kết quả chẩn đoán hình ảnh, báo cáo bệnh viện ghi lại, ghi chú biểu đồ phòng khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm, hồ sơ nha khoa, báo cáo bệnh lý, hồ sơ vật lý trị liệu, hồ sơ nằm viện (bao gồm hồ sơ điều dưỡng và ghi chú tiến triển bệnh), và bất kỳ thông tin cá nhân hoặc y tế nào liên quan đến mục đích của việc ủy quyền này. Thông tin thu được với sự ủy quyền này sẽ được sử dụng cho mục đích được xác định ở trên và sẽ được giới hạn ở những thông tin cần thiết tối thiểu để đạt được mục đích đó.

Nếu thông tin được tiết lộ chứa bất kỳ loại hồ sơ hoặc thông tin nào được liệt kê ngay bên dưới, các luật bổ sung liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin có thể được áp dụng. Tôi hiểu và đồng ý rằng tôi đánh dấu vào ô bên cạnh loại thông tin cho việc tiết lộ thì những thông tin đó sẽ được tiết lộ:

� Thông tin kết quả hoặc xét nghiệm HIV/AIDS và các hồ sơ liên quan � Thông tin xét nghiệm di truyền

� Thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc tham khảo ma túy/rượu � Thông tin sức khỏe tâm thần

� Sức khỏe sinh sản

Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ chối ký vào giấy ủy quyền này. Việc tôi từ chối ký vào giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến việc tôi đăng ký vào một chương trình sức khỏe hoặc khả năng đủ điều kiện nhận các trợ cấp y tế.

Bất kỳ lúc nào, tôi cũng có quyền thu hồi ủy quyền này bằng văn bản. Nếu tôi thu hồi ủy quyền này, thông tin được miêu tả ở trên sẽ không còn được sử dụng hoặc tiết lộ vì những lý do được đề cập trong văn bản ủy quyền này. Mọi việc sử dụng hoặc tiết lộ đã được thực hiện với sự cho phép của tôi đều không thể lấy lại.

Để thu hồi ủy quyền này, vui lòng gửi văn bản tới: Dịch vụ Y tế OHSU, Văn phòng Bảo mật tại 601 SW Second Ave., Portland, OR 97204 và tuyên bố rằng quý vị thu hồi ủy quyền này.

Tôi hiểu rằng thông tin đã được sử dụng hoặc tiết lộ theo ủy quyền này có thể bị tiết lộ tiếp và không còn được bảo vệ theo luật liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế việc bị tiết lộ tiếp về thông tin kết quả hoặc xét nghiệm HIV/AIDS, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền và thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc tham khảo ma túy/rượu.

Trừ khi bị thu hồi, ủy quyền này sẽ có hiệu lực cho đến khi có các điều kiện sau (chọn một):

Ƨ Ngày: / / (không quá 24 tháng kể từ ngày ký ủy quyền)\*

Ƨ Sự kiện: (Sự kiện sẽ có thời hạn tối đa trong vòng 24 tháng. Liệt kê một sự kiện như “Chết”, “Chấm dứt hợp đồng” hoặc “Cho đến khi bị thu hồi” là những ví dụ về các sự kiện không hợp lệ dẫn đến việc kết quả ủy quyền này là không hợp lệ).

*\*Nếu ngày không được gửi đi (để trống), giấy ủy quyền sẽ có thời hạn 24 tháng kể từ ngày ký.*

Bằng cách ký vào dưới đây, tôi đồng ý rằng tôi đã xem xét và tôi hiểu sự ủy quyền này

Chữ ký của cá nhân

X

Ngày ký

hoặc

|  |  |
| --- | --- |
| Chữ ký của đại diện cá nhân  X | Ngày ký |
| Tên của đại diện | Quan hệ\*\* |

*\*\*Vui lòng đính kèm hồ sơ pháp lý nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp, người chăm sóc hợp pháp hoặc người có Giấy Ủy quyền hoặc có thẩm quyền hợp pháp khác cho thành viên này.*

Tất cả các trường phải được hoàn thành để ủy quyền này có hiệu lực. Thành viên nên giữ lại một bản sao mẫu hoàn thành.

Sẵn sàng gửi?

Gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện tới Dịch vụ Y tế OHSU:

OHSU Health Services Privacy Office, 601 SW 2nd Ave., Portland, OR 97204

Các câu hỏi? Liên hệ Dịch vụ Y tế OHSU Chăm sóc Khách hàng số 844-827-6572

Dịch vụ Y tế OHSU tuân thủ luật về quyền dân sự liên bang và không phân biệt đối xử chủng tộc, màu da, nguồn gốc, tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 844-827-6572 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 1-877-605-3229（聾啞人專用：711）