



★ 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 số 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): <input type="checkbox"/> Tiết lộ thông tin được yêu cầu cho: (Release the information indicated to) <input type="checkbox"/> 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: (đánh dấu tất cả các mục phù hợp): Cơ sở: _____ <input type="checkbox"/> Tất cả cơ sở Inova Ngày nhập viện/trị liệu được yêu cầu: _____ _____ _____				<input type="checkbox"/> Lịch sử và Sức khỏe Thể chất <input type="checkbox"/> Ghi chú Nhập viện Điều trị Tâm thần <input type="checkbox"/> Thông tin Thanh toán <input type="checkbox"/> Báo cáo Thi nghiệm <input type="checkbox"/> Đánh giá Tâm thần <input type="checkbox"/> Hồ sơ Y tế Hoàn chỉnh <input type="checkbox"/> Danh sách thuốc <input type="checkbox"/> Hình ảnh X-quang/CD <input type="checkbox"/> Tư vấn <input type="checkbox"/> Báo cáo Giải phẫu <input type="checkbox"/> Báo cáo Chẩn đoán Hình ảnh <input type="checkbox"/> Tóm tắt Xuất viện <input type="checkbox"/> Báo cáo Bệnh học <input type="checkbox"/> Khác (chỉ rõ): _____ <input type="checkbox"/> EKG/EEG <input type="checkbox"/> Chỉ lệnh của Bác sĩ <input type="checkbox"/> Hồ sơ Phòng Cấp cứu <input type="checkbox"/> Ghi chú Tiền trình		
D	★ Mục đích (đánh dấu tất cả các mục phù hợp): <input type="checkbox"/> Tài khám <input type="checkbox"/> Luật sư <input type="checkbox"/> Sử dụng Cá nhân <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác _____		E		★ Cung Cấp Hồ Sơ Theo Phương Thức (đánh dấu một lựa chọn): <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> Email – Mã hóa <input type="checkbox"/> Fax (25 trang trở xuống) <input type="checkbox"/> Email – Không mã hóa <input type="checkbox"/> Phương tiện Điện tử (CD) <input type="checkbox"/> Thư tại bưu điện <input type="checkbox"/> Thư – Thông thường <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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)) _____ _____ ★ Bệnh nhân hoặc Đại diện được Ủy quyền (tên viết in) (Patient or Authorized Representative (print name)) _____ ★ Quan hệ với Bệnh nhân (nếu rõ hoặc đánh dấu vào ô nếu là "chính bạn") (Relationship to Patient (specify, or check box if "self")) _____ <input type="checkbox"/> Bản thân						

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

