

THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Họ:	Tên:	TÊN ĐỆM VIẾT TẮT:
SỐ HỒ SƠ:	SSN:	NGÀY SINH:

CÁCH CHÚNG TÔI LIÊN HỆ VỚI QUÝ VỊ?

SỐ ĐIỆN THOẠI:	ĐỊA CHỈ:	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG:	MÃ BƯU ĐIỆN:
NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ KHÁCH HÀNG:			
VIẾT IN HOA TÊN CỦA QUÝ VỊ:		NÊU MỐI QUAN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI KHÁCH HÀNG:	

AI CÓ THỂ CHIA SẺ THÔNG TIN:

TÊN CÁ NHÂN HOẶC TỔ CHỨC:	SỐ ĐIỆN THOẠI:
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG: MÃ BƯU ĐIỆN:
MỤC ĐÍCH YÊU CẦU:	

AI CÓ THỂ NHẬN THÔNG TIN

TÊN CÁ NHÂN HOẶC TỔ CHỨC:	SỐ ĐIỆN THOẠI:
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG: MÃ BƯU ĐIỆN:

NHỮNG THÔNG TIN NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC CHIA SẺ

<input type="checkbox"/> Hồ sơ thanh toán	<input type="checkbox"/> Hồ sơ tiêm chủng
<input type="checkbox"/> Hồ sơ đầy đủ	<input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm
<input type="checkbox"/> Thông tin chẩn đoán	<input type="checkbox"/> Thông tin thuốc
<input type="checkbox"/> Hồ sơ xuất viện	<input type="checkbox"/> Hồ sơ sức khỏe tâm thần
<input type="checkbox"/> Thông tin điều trị nghiện ma túy/rượu	<input type="checkbox"/> Ảnh/Video
<input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm máu HIV/AIDS và bất kỳ/tất cả tham chiếu đến những kết quả đó	<input type="checkbox"/> Thông tin điều trị/dịch vụ
	<input type="checkbox"/> Khác: _____

Ý NGHĨA CỦA VIỆC QUÝ VỊ ỦY QUYỀN

Thông tin nhạy cảm: Hồ sơ có thể bao gồm thông tin liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục, Hội chứng Suy giảm miễn dịch Mắc phải (AIDS) hoặc Vi-rút Suy giảm miễn dịch ở Người (HIV). Hồ sơ cũng có thể có thông tin về các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và ma túy.

Quyền thu hồi: Quý vị có quyền thu hồi ủy quyền này bất cứ lúc nào. Nếu quý vị thu hồi ủy quyền này, quý vị phải thu hồi bằng văn bản. Việc thu hồi sẽ không áp dụng cho thông tin đã được công bố.

Thời gian tiết lộ: Quý vị có thể cung cấp ngày bắt đầu và/hoặc ngày kết thúc (hoặc sự kiện) để ủy quyền có hiệu lực. Điều này có nghĩa là các hồ sơ sẽ chỉ được chia sẻ trong khoảng ngày quý vị chỉ định.

Ủy quyền này sẽ bắt đầu vào Ngày bắt đầu sau: _____

- Nếu không chỉ định Ngày bắt đầu, ủy quyền này sẽ có hiệu lực vào ngày ký.

Ủy quyền này sẽ hết hạn vào Ngày kết thúc hoặc Sự kiện sau: _____

- Nếu không chỉ định Ngày kết thúc hoặc Sự kiện, ủy quyền này sẽ hết hạn trong một (1) năm dương lịch kể từ ngày ký.

Tiết lộ lại: Nếu quý vị đã cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ cho người không bắt buộc phải giữ bí mật về mặt pháp lý, thông tin đó có thể được tiết lộ lại và sẽ không còn được bảo vệ nữa.

Các quyền khác:

1. Ủy quyền tiết lộ thông tin này là tự nguyện. Quý vị có thể từ chối ký ủy quyền này. Quý vị không cần phải ký vào biểu mẫu này để được điều trị. Tuy nhiên, nếu cần có ủy quyền này để tham gia vào một nghiên cứu, quý vị có thể bị từ chối ghi danh vào nghiên cứu.
2. Quý vị có thể kiểm tra hoặc lấy một bản sao thông tin sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ, như được quy định trong 45 Bộ luật Quy định Liên bang mục 164.524.
3. Quý vị có quyền nhận một bản sao ủy quyền này. Quý vị có muốn một bản sao ủy quyền này không? Có Không
4. Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, hãy xem Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư trên trang web của chúng tôi: www.cosdcompliance.org hoặc liên hệ với Nhân viên Quyền riêng tư theo số 619-338-2808 hoặc tại PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

CHỮ KÝ

CHỮ KÝ:

NGÀY: