ĐƠN CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ SỨC KHỎE

_____

Họ Tên Gọi Ngày Sinh (Th/Ng/Nm)

CHO PHÉP NƠI ĐÂY

□ LAC+USC Medical Center	□ Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr.
□ Olive View-UCLA Medical Center	□ High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr.
□ Harbor-UCLA Medical Center	□ Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center
□ CHC/Health Center: _____	
□ Antelope Valley Community Clinic	□ Central Neighborhood Health Center
□ Community Health Alliance of Pasadena	□ JWCH, Inc.
□ Korean Health Education & Research Ctr.	□ Los Angeles Christian Health Center
□ Mission City Community Network	□ St. John's Well Child & Family Clinic
□ Other:_____ Facility Name Street Address City State Zip Code	

Được Tiết Lộ Thông Tin Được Bảo Vệ Về Sức Khỏe Cho:

_____

Tên và Địa Chỉ Văn Phòng Khu Vực Thuộc Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng Số Nhà, Tên Đường

_____

Thành Phố Tiểu Bang Mã Số Bưu Chính

Trong khoảng thời gian bắt đầu từ ngày _____ (Ngày), và chấm dứt vào ngày _____ (Ngày)

NGÀY HẾT HẠN: Giấy cho phép này có hiệu lực cho tới ngày sau đây: _____/_____/20____

NHỮNG THÔNG TIN ĐƯỢC PHÉP TIẾT LỘ

XIN QUÝ VỊ NGOẮC DẤU VÀO TẤT CẢ CÁC Ô THÍCH HỢP:

□ Discharge Summary
□ History and Physical
□ Consultation
□ Operative Report
□ Radiology Report
□ Radiology Films
□ Laboratory / Diagnostic Tests
□ Medical Progress Notes
□ Other (Please Specify)_____
_____

□ Mental Illness or Mental Health Assessment
□ Drug and/or Alcohol Abuse Treatment
□ Symptomatic HIV/AIDS
□ Sexually Transmitted Disease (s)
□ EKG Report
□ EEG Report
□ Summary of Medical History / Treatment

MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC TIẾT LỘ – TRÌNH BÀY MỤC ĐÍCH CỦA Ý ĐỊNH SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ

_____ Tôi hiểu và đồng ý để cho người (nơi) cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi hoàn tất rồi gửi trả mẫu đơn ABP 1676-1 về cho Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS), để nơi đây có thể xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi của tôi.

Tôi hiểu rằng những thông tin về sức khỏe được sử dụng và tiết lộ, do kết quả của việc tôi ký tên vào Giấy Cho Phép này, "nơi được cho phép" không được đem sử dụng và tiết lộ ra ngoài phạm vi đã thỏa thuận, trừ phi họ được tôi cung cấp một giấy cho phép khác, hoặc trừ phi việc sử dụng và tiết lộ đó là do luật pháp đòi hỏi hay cho phép.

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ ĐỐI VỚI SỰ CHO PHÉP NÀY:

Quyền Được Nhận Một Phó Bản của Giấy Cho Phép Này – Tôi hiểu rằng nếu tôi ký tên vào giấy cho phép này, tôi sẽ được cấp một phó bản.

CÁC ĐIỀU KIỆN: Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký tên vào Giấy Cho Phép này, và việc từ chối này không ảnh hưởng gì tới khả năng được nơi cung cấp chăm sóc sức khỏe cho tôi chữa trị như bình thường, nhưng làm như vậy có thể có tác động đối với tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi DPSS của tôi.

Tôi đã có dịp duyệt xét và hiểu nội dung của giấy cho phép này rồi. Khi ký tên vào giấy cho phép, tôi xác nhận rằng sự cho phép đó phản ảnh trung thực các ý muốn của tôi.

_____ _____

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Pháp Lý Viết Tên Bằng Chữ In Ngày

Nếu người khác không phải là bệnh nhân ký tên, xin ghi mối liên hệ và thẩm quyền làm điều này:

_____ Ngày: _____/_____/_____

Nhân Chứng: _____ Viết Tên Bằng Chữ In _____

Quyền Được Thu Hồi Sự Cho Phép Này – Tôi hiểu rằng tôi có quyền được thu hồi Sự Cho Phép này vào bất cứ lúc nào, bằng cách báo cho Sở DPSS biết bằng văn bản. Tôi có thể sử dụng phần Thu Hồi Sự Cho Phép ở đoạn cuối lá đơn này. Tôi sẽ gửi bưu điện hoặc đem giao nạp đơn thu hồi về địa chỉ sau đây:

Tôi cũng hiểu rằng sự thu hồi này sẽ không ảnh hưởng gì tới khả năng của Sở DPSS hay bất cứ nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào được sử dụng hoặc tiết lộ những thông tin về sức khỏe hoặc về các lý do, liên quan tới sự tin cậy trước đây vào Sự Cho Phép này.

THU HỒI SỰ CHO PHÉP

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Người Đại Diện Pháp Lý: **Ngày:**

_____

Nếu là người khác không phải là bệnh nhân ký tên, xin ghi mối liên hệ và thẩm quyền làm điều này:

_____