



ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên Bệnh nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Số Bệnh lý: _____

1. Nay tôi ủy quyền Trung tâm Khoa học Sức khỏe UNM được tiết lộ thông tin từ hồ sơ sức khỏe của tôi tại...

- Bệnh viện Đại học Trung tâm Tâm thần UNM Bệnh viện Carrie Tingley
 Bệnh viện Tâm thần Nhi đồng Trung Tâm Ung thư UNM Trung tâm Chăm sóc Bệnh nhân Ngoại chấn
 Nhóm Y tế UNM Trung tâm Y tế Khu Sandoval UNM
 Nơi khác (xin ghi cụ thể): _____

Quý vị muốn nhận thông tin trên CD/DVD không? Có Không

Gửi đến: Tên: _____
Địa chỉ: _____
Điện thoại: _____

Vì mục đích: _____

2. Thông tin được tiết lộ:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> lần khám/nhập viện gần nhất | <input type="checkbox"/> ghi chú tiền bộ | <input type="checkbox"/> hồ sơ trường học |
| <input type="checkbox"/> bệnh sử & khám thực thể | <input type="checkbox"/> xét nghiệm | <input type="checkbox"/> đánh giá tâm lý |
| <input type="checkbox"/> đánh giá ban đầu | <input type="checkbox"/> báo cáo quang tuyến | <input type="checkbox"/> đánh giá vật lý trị liệu |
| <input type="checkbox"/> báo cáo tham vấn | <input type="checkbox"/> báo cáo bệnh học | <input type="checkbox"/> đánh giá lời nói & ngôn ngữ |
| <input type="checkbox"/> báo cáo phẫu thuật | <input type="checkbox"/> hồ sơ ER/nhật ký bệnh nhân ngoại trú | <input type="checkbox"/> liệu pháp lao động |
| <input type="checkbox"/> bản tóm tắt xuất viện | <input type="checkbox"/> Hóa đơn | |
| <input type="checkbox"/> Thông tin khác (xin ghi cụ thể): _____ | | |

Bao gồm thời gian chăm sóc sức khỏe: từ (ngày) _____ đến (ngày) _____
từ (ngày) _____ đến (ngày) _____

3. Tôi ủy quyền thêm rằng việc tiết lộ thông tin sức khỏe này sẽ bao gồm thông tin liên quan tới (ghi tên tất nếu áp dụng):

- Có Không hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (bệnh SIDA) hoặc nhiễm vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục _____ ghi tên tất
 Có Không Dịch vụ sức khỏe hành vi/chăm sóc tâm thần _____ ghi tên tất
 Có Không Điều trị lạm dụng rượu và/hoặc thuốc _____ ghi tên tất
 Có Không Kết quả xét nghiệm di truyền và thông tin liên quan đến bệnh nhân _____ ghi tên tất

4. Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ sự Ủy Quyền này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi hủy bỏ sự Ủy Quyền này tôi phải làm như vậy bằng văn bản và trình văn bản hủy bỏ của tôi cho Ban Quản Lý Thông Tin Sức Khỏe. Tôi hiểu rằng sự hủy bỏ này sẽ không áp dụng cho thông tin đã được tiết lộ do sự ủy quyền này yêu cầu. Tôi hiểu rằng sự hủy bỏ này sẽ không áp dụng cho công ty bảo hiểm của tôi khi luật cung cấp cho công ty bảo hiểm của tôi quyền được tranh tụng tiền bồi thường theo chính sách của tôi. Trừ trường hợp bị hủy bỏ, sự ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện, hoặc điều kiện sau đây: Nếu tôi không xác định ngày hết hạn, sự kiện hoặc điều kiện thì sự ủy quyền này sẽ hết hạn sau 6 tháng kể từ ngày ký tên.

5. Tôi hiểu rằng một khi thông tin trên được tiết lộ thì có thể được người nhận tái tiết lộ và thông tin này có thể không được quy định hoặc pháp luật về quyền riêng tư liên bang bảo vệ.

6. Tôi hiểu rằng ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện; rằng tôi có thể từ chối ký tên sự Ủy Quyền này và không cần ký tên sự Ủy Quyền này để được điều trị chăm sóc sức khỏe; và rằng nếu tôi ủy quyền sự tiết lộ thông tin sức khỏe này, tôi có quyền được xem xét và có bản sao thông tin được tiết lộ. Bản sao sự Ủy Quyền được ký tên này sẽ được cung cấp cho tôi.

Chữ ký Bệnh nhân, hoặc người đại diện pháp lý (Quan hệ với bệnh nhân) (Ngày)

Chữ ký Nhân chứng (Ngày) (Bệnh nhân, nếu là bệnh nhân trên 14 tuổi của CPH/PFC&A) (Ngày)

CẤM TÁI TIẾT LỘ: Quy định liên bang (42 CFR Part 2) và luật Tiểu Bang (NMSA 1978 §§ 43-1-19, 32A-6A-24, 24-2B-7 và 24-1-9.5) cấm tái tiết lộ thêm thông tin sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và/hoặc thuốc, và kết quả xét nghiệm về HIV/SIDA và những bệnh lây truyền qua đường tình dục khác cho bất cứ người nào hoặc tổ chức nào mà không có sự ủy quyền thích hợp khác bằng văn bản cho mục đích đó, hoặc nếu không được quy định liên bang hoặc luật Tiểu Bang cho phép.