

**GIẤY ỦY QUYỀN ĐỀ YÊU CẦU THÔNG TIN SỨC KHỎE**

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Số Bệnh lý: \_\_\_\_\_  
Nay tôi ủy quyền cho Trung tâm Khoa học Y tế UNM để nhận thông tin trong hồ sơ sức khỏe của tôi từ:

**Gửi đến bác sĩ hoặc bệnh viện nêu sau:**

Tên: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Mục đích của việc điều trị: \_\_\_\_\_

**Thông tin được tiết lộ:**

<input checked="" type="checkbox"/> lần khám/nhập viện gần nhất	<input type="checkbox"/> ghi chú tiến bộ	<input checked="" type="checkbox"/> hồ sơ trường học
<input checked="" type="checkbox"/> bệnh sử & khám tổng quát	<input type="checkbox"/> các xét nghiệm	<input checked="" type="checkbox"/> đánh giá tâm lý
<input checked="" type="checkbox"/> đánh giá sơ khởi	<input type="checkbox"/> báo cáo x-quang	<input checked="" type="checkbox"/> đánh giá vật lý trị liệu
<input checked="" type="checkbox"/> báo cáo tham vấn	<input type="checkbox"/> báo cáo bệnh học	<input checked="" type="checkbox"/> đánh giá lời nói, ngôn ngữ
<input checked="" type="checkbox"/> báo cáo phẫu thuật	<input type="checkbox"/> hồ sơ cấp cứu/ bệnh nhân ngoại chấn	<input checked="" type="checkbox"/> liệu pháp lao động
<input checked="" type="checkbox"/> bản tóm tắt thông tin xuất viện		
<input checked="" type="checkbox"/> thông tin khác (xin ghi rõ): _____		

Bao gồm thời gian chăm sóc sức khỏe: TỪ (ngày) \_\_\_\_\_ ĐẾN (ngày) \_\_\_\_\_  
TỪ (ngày) \_\_\_\_\_ ĐẾN (ngày) \_\_\_\_\_

Tôi ủy quyền rằng sự tiết lộ này bao gồm thông tin liên quan tới (ký tắt tên vào nếu có):

(x) 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 \_\_\_\_\_ ký tắt tên  
(x) Có ( ) Không Dịch vụ sức khỏe hành vi/chăm sóc tâm thần \_\_\_\_\_ ký tắt tên  
(x) Có ( ) Không Điều trị lạm dụng rượu và/hoặc thuốc cấm \_\_\_\_\_ ký tắt tên

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 quyền được tranh tụng tiền bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm 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.

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 sẽ không được quy định hoặc pháp luật liên bang về quyền riêng tư bảo vệ.

Tôi hiểu rằng ủy quyền tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện. Tôi có thể từ chối ký tên giấy ủy quyền này và không cần ký tên mẫu này để được điều trị chăm sóc sức khỏe.

**Xin gửi bản sao hồ sơ của tôi tới:**

University Hospital, Health Information Mgmt/Medical Record Dept, 2211 Lomas Blvd NE, Albuquerque, NM 87106  
 UNM Psychiatric Center, Health Information Mgmt/Medical Record Dept, 2600 Marble NE, Albuquerque, NM 87131  
 UNM Children's Psychiatric Center, Health Information Mgmt, 1001 Yale Blvd NE, Albuquerque, NM 87131  
 Carrie Tingley Hospital, Health Information Mgmt Dept, 1127 University Blvd NE, Albuquerque, NM 87102  
 UNM Cancer Research & Treatment Center, Health Information Mgmt Dept, MSC 08 4630, 1 University of New Mexico, Albuquerque, NM 87131  
 UNMHSC Clinic/Department: \_\_\_\_\_

Chữ ký Bệnh nhân hay Đại diện Hợp pháp (Mối quan hệ với bệnh nhân) (Ngày)

Chữ ký Nhân chứng (Ngày) (Phụ huynh, nếu bệnh nhân của CPH\*/PFC&A\*\* trên 14 tuổi) (Ngày)