

**ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE**

**Tên Bệnh Nhân:**  **Ngày Sinh:**  **Số Hồ Sơ Bệnh Án: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Tôi cho phép UNM Health Sciences Center tiết lộ thông tin từ hồ sơ sức khỏe của tôi tại:**

[ ] University Hospital [ ] UNM Psychiatric Center [ ] Carrie Tingley Hospital

[ ] Children’s Psychiatric Hospital [ ] UNM Cancer Center [ ] Ambulatory Care Center

[ ] UNM Medical Group, Inc. [ ] UNM Sandoval Regional Medical Center

[ ] Khác--vui lòng nêu rõ

**Đến: Tên: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Địa Chỉ Đường Phố:**   **Thành Phố\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tiểu Bang:**   **Mã Bưu Chính:**   **Điện Thoại:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nhà Cung Cấp/Cơ Sở Fax :\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Quý vị có muốn có đĩa CD/DVD lưu trữ hồ sơ của mình không? Có / Không Quý vị có muốn có đĩa CD/DVD chứa phim/hình ảnh chụp X-quang của mình không? Có / Không**

**Với mục đích: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Thông tin cần tiết lộ:**   [ ] lần thăm khám/nhập viện gần đây nhất  [ ] tiền sử & khám sức khỏe  [ ] tóm tắt xuất viện  [ ] hồ sơ vật lý trị liệu / trị liệu nghề nghiệp  [ ] báo cáo hoạt động | [ ] hồ sơ bệnh án ngoại trú  [ ] xét nghiệm trong phòng thí nghiệm  [ ] báo cáo X-quang  [ ] báo cáo bệnh lý  [ ] hồ sơ khoa cấp cứu (Emergency Room, ER)  [ ] hồ sơ sức khỏe sinh sản | [ ] hồ sơ tiêm chủng  [ ] hồ sơ tâm lý  [ ] báo cáo tham vấn  [ ] hồ sơ ngôn ngữ và lời nói  [ ] tất cả hồ sơ |

Bao gồm các giai đoạn chăm sóc sức khỏe: Từ (ngày): Đến (ngày): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Từ (ngày) : Đến (ngày): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Chữ ký tắt của quý vị được yêu cầu để tiết lộ thông tin sau; vui lòng ký tắt tại mỗi dòng bên dưới:**

\_\_\_\_\_ Dịch vụ/chăm sóc sức khỏe sinh sản

\_\_\_\_\_ Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm

\_\_\_\_\_ Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) hoặc nhiễm virus gây suy giảm miễn dịch ở người (human immunodeficiency virus, HIV) hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

\_\_\_\_\_ Dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi/chăm sóc tâm thần.

\_\_\_\_\_ Điều trị lạm dụng rượu và/hoặc ma túy.

\_\_\_\_\_ Kết quả xét nghiệm di truyền và thông tin liên quan đến bệnh nhân.

1. **4.** Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi giấy Ủy quyền này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi giấy Ủy quyền này, tôi phải thực hiện bằng văn bản và trình văn bản thu hồi của tôi lên Sở Quản Lý Thông Tin Y Tế (Health Information Management Department). Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho thông tin đã được tiết lộ tương ứng với giấy ủy quyền này. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho công ty bảo hiểm của tôi khi luật pháp trao cho công ty bảo hiểm của tôi quyền phản đối yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm của tôi. Trừ khi có quy định khác được thu hồi, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện hoặc điều kiện sau: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Nếu tôi không nêu rõ ngày hết hạn, sự kiện hoặc điều kiện, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau sáu tháng kể từ ngày ký.
2. Tôi hiểu rằng sau khi thông tin trên được tiết lộ, người nhận có thể tiết lộ lại thông tin đó và thông tin đó có thể không được bảo vệ bởi luật hoặc quy định về quyền riêng tư của liên bang.
3. Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện; rằng tôi có thể từ chối ký vào giấy ủy quyền này và không cần phải ký vào giấy ủy quyền này để được điều trị chăm sóc sức khỏe; và rằng nếu tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe này, tôi có quyền xem xét và sao chép thông tin cần tiết lộ. Tôi sẽ được cung cấp một bản sao của giấy ủy quyền đã ký này.

Chữ Ký, Bệnh Nhân hoặc người đại diện hợp pháp (Mối quan hệ với bệnh nhân) (Ngày)

Chữ Ký của Nhân Chứng (Ngày) (Phụ Huynh, nếu bệnh nhân CPH/PFC&A trên 14 tuổi) (Ngày)

**CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN: Các quy định của liên bang (42 CFR Phần 2) và Luật Tiểu Bang (NMSA 1978 ## 43-1-19, 32A-6A-24-2B-7 và 24-1-9.5) nghiêm cấm tiết lộ thêm thông tin về sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và/hoặc ma túy và kết quả xét nghiệm HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác cho bất kỳ cá nhân hoặc cơ quan nào mà không có được sự cho phép bằng văn bản thích hợp khác cho mục đích đó hoặc theo quy định của liên bang hoặc luật tiểu bang.**