



QUẬN MULTNOMAH

Sở Y Tế

Ban Sức Khỏe Hành Vi (BHD)

209 SW 4th Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204

Điện thoại: 503-988-8238 Fax: 503-988-4015

Giấy Cho Phép Tiết lộ Thông tin AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Họ: _____ Tên: _____ Tên đệm: _____ Ngày sinh: _____

Tôi cho phép Ban Sức Khỏe Hành Vi trao đổi và tiết lộ những thông tin sau với cá nhân/tổ chức có tên dưới đây: **Đánh dấu** tất cả các ô thích hợp và điền đầy đủ họ tên và địa chỉ:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trao đổi thông tin với: | Cá Nhân/Tổ Chức: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiết lộ hồ sơ sức khỏe/y tế cho: | Người Liên Hệ/Người nhận: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nhận hồ sơ sức khỏe/y tế từ: | Địa chỉ đường: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trao đổi thông tin bằng lời nói với: | Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ |
| | Mã zip: _____ |
| | Điện thoại: _____ Fax: _____ |

Mục Đích: Tôi cho phép việc trao đổi hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe vì những lý do sau:

- Điều Phối Chăm Sóc Điều Trị Thanh Toán Khác: _____

Thông tin cần được trao đổi hoặc tiết lộ:

- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi
- Tất cả thông tin điều trị của tôi
- Các tài liệu/thông tin cụ thể: _____

Bằng cách **đánh dấu** các khoảng trống bên dưới, tôi đặc biệt cho phép việc tiết lộ các thông tin sức khỏe sau đây, nếu thông tin đó tồn tại:

- Thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu liên quan đến chứng nghiện rượu/ma túy Thông tin Sức Khỏe Tâm Thần
- Thông tin xét nghiệm di truyền Hồ sơ liên quan đến HIV/AIDS

Giấy cho phép này sẽ hết hạn sau một (1) năm hoặc sau (chèn ngày hoặc sự kiện): _____

XÁC NHẬN VÀ ĐỒNG Ý CỦA KHÁCH HÀNG

Tôi hiểu rằng người nhận có thể tiết lộ lại thông tin nhận được trừ khi bị cấm theo luật liên bang/tiểu bang hoặc cần có sự chấp thuận cụ thể của tôi. Tôi biết rằng nếu người nhận tiết lộ lại thông tin của tôi, các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư do luật quy định có thể bị mất. Tôi hiểu rằng hồ sơ điều trị chứng rối loạn sử dụng dược chất có thể được bảo vệ theo các quy định liên bang về Bảo Mật Hồ Sơ Bệnh Nhân Có Rối Loạn Sử Dụng Dược Chất (42 CFR Phần 2) và không được tiết lộ lại nếu chưa có văn bản chấp thuận của tôi trừ khi được luật pháp cho phép hoặc yêu cầu. Nếu tôi đã chỉ định một bên trung gian, bên trung gian đó có thể tiết lộ lại thông tin về chứng rối loạn sử dụng dược chất của tôi cho các nhà cung cấp dịch vụ điều trị đã được xác minh, đồng thời tôi có thể yêu cầu danh sách các nội dung tiết lộ lại trực tiếp từ bên trung gian đó.

Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bất cứ lúc nào bằng văn bản gửi đến nhân viên BHD. Tôi hiểu rằng việc thu hồi này sẽ không áp dụng cho những thông tin đã được tiết lộ theo giấy cho phép này. Tôi hiểu rằng việc ký tên vào giấy cho phép này không phải là điều kiện để được điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đáp ứng khả năng hội đủ điều kiện hưởng phúc lợi.

Chữ ký của Cá Nhân/Người Giám Hộ Hộ

Tên in hoa

Ngày

THU HỒI: Tôi không cho phép trao đổi hoặc tiết lộ các thông tin sức khỏe của mình nữa.

Chữ ký của Cá Nhân/Người Giám Hộ Hợp Pháp

Tên in hoa

Ngày

CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN

Cá nhân/người giám hộ hợp pháp đã thu hồi bằng lời nói (qua điện thoại hoặc bằng cách khác):

Chữ ký/thông tin xác thực của Nhân Viên MHASD

Tên in hoa

Ngày