

**(THIS FORM MUST BE COMPLETED BEFORE IT IS SIGNED BY THE CLIENT)**

Tên Khách hàng \_\_\_\_\_ Biệt danh \_\_\_\_\_  
Họ Tên Tên đệm Họ Tên Tên đệm

Ngày sinh \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mã Số \_\_\_\_\_

**Tôi cho phép Sở Y tế Quận hạt Multnomah (Multnomah County Health Department, viết tắt là MCHD) gửi hồ sơ y tế của tôi đến:**

Tên \_\_\_\_\_

Tên Đường \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã Bưu cục \_\_\_\_\_

**Cho mục đích:** \_\_\_\_\_ chăm sóc sức khỏe tiếp tục \_\_\_\_\_ pháp lý \_\_\_\_\_ khuyết tật  
\_\_\_\_\_ khác, vui lòng ghi rõ: \_\_\_\_\_

**Liệt kê các thông tin cụ thể sẽ được chia sẻ:** \_\_\_\_\_

Tôi, bằng cách **điền ký tên viết tắt** vào khoảng trống dưới đây, đồng ý cho phép việc chia sẻ những thông tin sức khỏe cụ thể sau đây, trong trường hợp những thông tin này có trong hồ sơ của tôi:

\_\_\_\_\_ Thông tin chẩn đoán, điều trị về ma túy/chất có cồn hoặc thông tin giới thiệu

\_\_\_\_\_ Các hồ sơ liên quan đến HIV/AIDS \_\_\_\_\_ Thông tin liên quan đến sức khỏe tâm thần

\_\_\_\_\_ Thông tin xét nghiệm gien

Bản chấp thuận này sẽ hết hạn sau một (1) năm hoặc ngay khi sự kiện này xảy ra:

Tôi có thể rút lại bản ủy quyền này bằng cách gửi văn bản thông báo quyết định hủy bỏ của tôi đến phòng khám hoặc cơ sở nơi tôi đã nhận các dịch vụ này. Tôi hiểu rằng sự thu hồi ủy quyền này sẽ không áp dụng đối với các thông tin đã được chia sẻ theo bản ủy quyền này.

Tôi có thể từ chối ký tên vào bản ủy quyền này. Việc từ chối của tôi sẽ không làm ảnh hưởng đến khả năng nhận dịch vụ điều trị hoặc thanh toán hoặc tư cách hội đủ điều kiện nhận các trợ cấp của tôi. Tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép bất kỳ thông tin nào được sử dụng và/hoặc tiết lộ theo bản ủy quyền này.

Tôi hiểu rằng nếu một cá nhân hoặc thực thể nào nhận được thông tin này mà không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế hoặc chương trình bảo hiểm y tế được bao gồm trong các quy định về quyền riêng tư của liên bang, thông tin này có thể được tái tiết lộ và không còn được các quy định này bảo vệ. Tuy nhiên, người nhận thông tin có thể bị cấm tiết lộ thông tin này theo luật pháp liên bang hoặc tiểu bang.

Tôi hiểu rằng trong trường hợp tôi yêu cầu các hồ sơ cho bản thân tôi hoặc cho luật sư của tôi, tôi sẽ phải trả phí. Việc yêu cầu gửi các hồ sơ này đến một nhà cung cấp dịch vụ y tế khác là miễn phí.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của khách hàng Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người đại diện Ngày Mối quan hệ với Khách hàng

**Cơ quan Dịch vụ Thông tin Y tế**  
**ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN**