



ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Mã Số Hồ Sơ Bệnh Án: _____

1. Theo đây, 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 _____ | | |

Người Nhận: Tên: _____
Địa Chỉ Đường Phố: _____ Thành Phố: _____
Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: _____
Fax của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ/Cơ Sở: _____

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

Với mục đích: _____

2. Thông tin cần tiết lộ:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ lần thăm khám/nhập viện gần đây nhất | ☐ hồ sơ bệnh án ngoại trú | ☐ hồ sơ chủng ngừa |
| ☐ tiền sử và khám sức khỏe | ☐ xét nghiệm trong phòng thí nghiệm | ☐ hồ sơ tâm lý |
| ☐ tóm tắt xuất viện | ☐ báo cáo X-quang | ☐ báo cáo tham vấn |
| ☐ hồ sơ vật lý trị liệu / trị liệu cơ năng | ☐ báo cáo bệnh lý | ☐ hồ sơ ngôn ngữ và âm ngữ |
| ☐ báo cáo phẫu thuật | ☐ hồ sơ khoa cấp cứu (Emergency Room, ER) | ☐ tất cả hồ sơ |
| | ☐ hồ sơ sức khỏe sinh sản | |

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

3. Quý vị cần phải ký tên viết tắt để đồng ý 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 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.

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.

5. 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.

6. 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 thuộc chương trình Chứng Chỉ Chuyên Môn về Sức Khỏe Công Cộng (Certified in Public Health, CPH)/Cố Vấn Viên Đại Diện Cho Bệnh Nhân, Gia Đình, Người Hỗ Trợ Chăm Sóc (Patient, Family, and Care Partner Advisor, PFCA) trên 14 tuổi) (Ngày)

NGHIÊM CẤM TIẾT LỘ LẠI THÔNG TIN: Các quy định của liên bang (42 Bộ Quy Tắc Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR) Phần 2) và Luật Tiểu Bang (Bộ Luật New Mexico Đã Bổ Sung Chú Thích (New Mexico Statutes Annotated, 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 văn bản cho phép thích hợp khác cho mục đích đó hoặc theo quy định của Liên Bang hoặc luật Tiểu Bang.

Nếu giấy ủy quyền này không hoàn chỉnh, thiếu chữ ký và ngày tháng, giấy ủy quyền sẽ bị trả lại và dẫn đến thông tin không được tiết lộ cho đến khi giấy ủy quyền có đầy đủ thông tin.