SWEDISH

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE, & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION-VIETNAMESE
SỰ CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & MỞ RA HỒ SƠ SỨC KHOẺ ĐƯỢC BẢO MẬT

Tôi hiểu rõ những điều sau đây:

- Tôi có quyền từ chối để ký đơn này về sự cho tiết lộ hoặc mở ra cho biết hồ sơ sức khoẻ đã được bảo mật của tôi. Sự từ chối để ký cho phép sẽ không ảnh hưởng bất lợi cho khả năng nhận được những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ hoặc sự bồi hoàn cho những dịch vụ. Chỉ duy nhất một trường hợp khi sự từ chối ký cho phép này có thể ảnh hưởng khả năng nhận được sự chăm sóc sức khoẻ của tôi là nếu những dịch vụ chăm sóc sức khoẻ đó là có liên hệ – nghiên cứu hoặc chỉ có cho mục đích cung cấp thông tin sức khoẻ cho ai đó và sự cho phép này là cần thiết để làm sự tiết lộ đó.

- Có thể là có một lệ phí kết hợp với sự yêu cầu này

- Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ y theo sự cho phép này có thể dễ bị tái-tiết lộ và không còn được bảo vệ dưới luật pháp liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật pháp tiểu bang và liên bang có thể hạn chế sự tái-tiết lộ hồ sơ sức khoẻ về HIV/AIDS, tâm thần, hồ sơ thử nghiệm di truyền học, và sự chẩn đoán rượu/ma túy, điều trị, hoặc hồ sơ giới thiệu.

- Tôi có quyền để nhận được một bản sao của đơn cho phép đã ký này.

- Tôi có thể thu hồi sự cho phép này bằng chữ viết vào bất cứ lúc nào. Nếu tôi thu hồi sự cho phép này, hồ sơ thông tin được mô tả ở trên có thể không còn được sử dụng hay tiết lộ cho những mục đích được mô tả trong văn bản cho phép bằng chữ viết. Điều ngoại trừ duy nhất là khi bệnh viện Swedish hành sử [*has taken action*] trong việc nương dựa vào đơn cho phép này hoặc sự cho phép đã đạt được như là một điều kiện của sự bảo hiểm.

Để thu hồi sự cho phép này, hãy gởi một lời tuyên bố bằng chữ viết rằng quý vị đang thu hồi sự cho phép này kèm với một bản sao của giấy cho phép này đến:

Swedish Medical Center
Attention: Release of Information Department
747 Broadway
Seattle, WA 98122

Bệnh viện Swedish không còn in hoặc mở ra số an sinh xã hội của bệnh nhân trừ phi được cần đến cho làm hoá đơn tính tiền. Tuy nhiên, số an sinh xã hội có thể được bao gồm trong hồ sơ bệnh nhân nào mà lớn hơn một vài tuổi. Hồ sơ mà quý vị đang cho phép để mở ra có thể bao gồn số an sinh xã hội của quý vị.

Cơ sở này, các nhân viên, các giới chức và các y sĩ của nó bằng cách này [*hereby*] được bãi miễn/giải trừ khỏi bất cứ một trách nhiệm pháp lý nào hoặc nghĩa vụ nào cho sự tiết lộ những thông tin ở trên này cho đến phạm vi đã được chỉ định và cho phép trong ở đây/tài liệu này.

SWEDISH

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE, & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION-VIETNAMESE
SỰ CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & MỞ RA HỒ SƠ SỨC KHOẺ ĐƯỢC BẢO MẬT

Tôi phép bệnh viện Swedish sử dụng và tiết lộ một bản sao hồ sơ sức khoẻ đặc biệt được mô tả dưới đây về:

Tên Họ Bệnh nhân:_____ Sinh nhật: _____

Địa chỉ Bệnh nhân:_____ Điện thoại: _____

Để được tiết lộ cho: (Tên họ của (nhiều)Người nhận):_____

Địa chỉ Người nhận:_____

Thành phố:_____ Bang:_____ Zip:_____

Điện thoại:_____ Fax:_____

Tôi đang yêu cầu hồ sơ từ (những) cơ sở sau đây:

Tên Bệnh viện (danh sách) & Điện thoại #	Tên Viện chuyên khoa (danh sách) & Điện thoại #

Trong khoảng ngày tháng năm từ:_____ đến:_____

Cho hồ sơ liên quan đến sự chẩn đoán hoặc sự tổn thương sau đây:_____

_____

Hồ sơ để được tiết lộ:

☐ Bệnh sử & Cơ thể ☐ Bản tóm tắt Xuất viện

☐ Báo cáo Đang hoạt động ☐ Báo cáo Khoa Cấp cứu

☐ Báo cáo Xét nghiệm chẩn bệnh (*Labs, x-ray, EKG*, v.v.) ☐ Lời ghi chú Tiến bộ

☐ Hồ sơ khác (ghi rõ chi tiết):_____

Cho mục đích của:_____

Trừ phi được thu hồi, sự cho phép này hết hiệu lực trong vòng 180 ngày hoặc vào Ngày tháng này:_____

Giới hạn: Sự cho phép này, trừ phi được giới hạn một cách chính xác rõ ràng bởi tôi bằng chữ viết, sẽ nới rộng phạm vi đến tất cả các phương diện về thử nghiệm và/hoặc điều trị cho các bệnh truyền nhiễm tình dục, bệnh liệt kháng (AIDS), hoặc nhiễm trùng HIV, lạm dụng rượu và/hoặc ma túy, các tình trạng sức khoẻ tâm thần hoặc những thông tin dễ nhạy cảm khác.

Chữ ký Bệnh nhân:_____ Ngày tháng năm:_____

Người đại diện Bệnh nhân
Tên họ:_____ Ngày tháng năm:_____

Người đại diện Bệnh nhân
Chữ ký:_____ Quan hệ với Bệnh nhân:_____