



**GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & CUNG CẤP THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (VIETNAMESE)**

Tôi hiểu những điều sau đây:

- Tôi có quyền từ chối ký vào mẫu đơn này về việc cho phép tiết lộ hoặc cung cấp thông tin y tế được bảo vệ của tôi. Việc từ chối ký giấy cho phép này sẽ không gây ảnh hưởng bất lợi đến khả năng được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bồi hoàn chi phí dịch vụ của tôi. Trường hợp duy nhất khi từ chối ký giấy cho phép này có thể ảnh hưởng đến khả năng được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi là, nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan đến nghiên cứu hoặc chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin y tế cho người khác và cần phải có giấy cho phép để tiết lộ thông tin đó.
- Quý vị có thể phải nộp phí với yêu cầu này.
- Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy cho phép này có thể được tiết lộ lần nữa và không còn được bảo vệ theo luật của liên bang. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế tiết lộ lần nữa về HIV/AIDS, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin xét nghiệm di truyền cũng như thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu về ma túy/chất cồn.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy cho phép đã ký này.
- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu tôi thu hồi giấy cho phép này, thông tin được mô tả dưới đây có thể không còn được sử dụng hoặc tiết lộ cho các mục đích được mô tả trong văn bản cho phép nữa. Ngoại lệ duy nhất là khi Swedish có hành động dựa vào giấy cho phép đó hoặc khi giấy cho phép đó đã được thu như là một điều kiện bao trả bảo hiểm.

Vui lòng gửi giấy cho phép hoặc giấy thu hồi tới một trong những địa điểm này, tùy thuộc vào nơi quý vị đã tiếp nhận dịch vụ chăm sóc:

Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
Fax: (206) 320-2626
Email: ROI@swedish.org

Swedish Medical Group
Centralized Services Department
800 5th Ave, Suite 800
Seattle, WA 98104
Fax: (425) 454-2935

Lưu Ý Quan Trọng: Swedish không còn in hay cung cấp số an sinh xã hội của bệnh nhân trừ khi được yêu cầu để thanh toán. Tuy nhiên, số an sinh xã hội có thể nằm trong thông tin của bệnh nhân nếu thông tin đó đã được lưu trữ trên vài năm. Thông tin quý vị cho phép công bố có thể bao gồm số an sinh xã hội của quý vị.

Theo đây, các cơ sở, nhân viên, chuyên viên, y bác sĩ không phải chịu bất cứ nghĩa vụ hay trách nhiệm pháp lý nào đối với việc cung cấp các thông tin trên trong phạm vi được chỉ rõ và cho phép ở đây.

Swedish Health Services và các Chi Nhánh của mình không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hay tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động y tế của tổ chức.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意: 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & CUNG CẤP THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (VIETNAMESE)**

Tôi cho phép Swedish sử dụng và tiết lộ một bản sao thông tin y tế cụ thể được mô tả dưới đây về:

Tên của Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ của Bệnh Nhân: _____ Số Điện Thoại: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính: _____

Được tiết lộ cho: Bản Thân Hoặc Tên của Người Nhận: _____

Địa Chỉ của Người Nhận: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang _____ Mã Bưu Chính: _____

Số Điện Thoại: _____ Fax _____ Email: _____

Vui lòng gửi hồ sơ bệnh án của tôi qua: MyChart Email Đĩa Văn Bản Fax

Tôi yêu cầu lấy thông tin từ (các) cơ sở sau:

(Danh Sách) Tên Bệnh Viện & Số Điện Thoại	(Danh Sách) Tên Phòng Khám & Số Điện Thoại

Trong giai đoạn từ: _____ đến: _____

Để biết thông tin liên quan đến kết quả chẩn đoán hoặc thương tích sau đây: _____

Thông tin cần tiết lộ: Bệnh Sử Báo Cáo Xuất Viện Biên Bản Thủ Thuật Báo Cáo của Khoa Cấp Cứu Hồ Sơ Chẩn Đoán Báo Cáo Theo Dõi

(xét nghiệm, chụp x-quang, EKG, v.v.)

 Khác (nêu rõ): _____

Với mục đích là: _____

Trừ khi bị thu hồi, giấy cho phép này sẽ hết hạn sau 180 ngày hoặc vào Ngày: _____

Điều Khoản: Trừ khi tôi nêu rõ giới hạn bằng văn bản, giấy cho phép này sẽ áp dụng cho tất cả các khía cạnh của việc xét nghiệm và/hoặc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục, AIDS, tình trạng Nhiễm HIV, lạm dụng chất cồn và/hoặc ma túy, bệnh trạng tâm thần hoặc các thông tin nhạy cảm khác.

Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

(In mẫu đơn và ký tên bằng tay)

Tên Người Đại Diện cho Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Tên Người Đại Diện cho Bệnh Nhân: _____

(In mẫu đơn và ký tên bằng tay. Vui lòng gửi kèm hồ sơ giấy tờ bổ trợ.)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____



1ROI