



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

ỦY QUYỀN CHO SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

1

Tên của bệnh nhân: _____
 Ngày sinh: _____
 ID hoặc HỒ sơ bệnh lý: _____
 Địa chỉ: _____

 Điện thoại: _____

2

ỦY QUYỀN: Tôi cho phép _____ được sử dụng và chia sẻ cho:
 Tên nơi nhận: _____
 Địa chỉ: _____
 Điện thoại: _____ Số Fax: _____

3

MỤC ĐÍCH: Thông tin về sức khỏe được chia sẻ chỉ để sử dụng vào (các) mục đích sau đây: _____

4

HỒ SƠ TÀI LIỆU ĐƯỢC PHÉP CHIA SẺ: _____
 Từ ngày: _____ Đến ngày: _____

- A. **Hồ sơ bệnh lý** Tất cả thông tin (như, định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị); HOẶC
 Hình và/hoặc Phim Báo cáo Hóa đơn Nha Khoa
- B. **Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS** (phải có giấy ủy quyền riêng cho mỗi lần chia sẻ) **Ký tắt:** _____
- C. **Cai nghiện ma túy & rượu** (ví dụ: định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn, tham dự) **Ký tắt:** _____
- D. **Sức khỏe tâm thần** (ví dụ: định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn) **Ký tắt:** _____
- E. **Hồ sơ khác** _____ **Ký tắt:** _____

5

CÁCH GIAO NỘP HỒ SƠ:

Gửi thư Đến lấy Khác: gửi điện tử CD Phim Văn bản Cách khác: _____

6

HÌNH THỨC:

7

THỜI HẠN: Sự cho phép này có hiệu lực ngay và sẽ có hiệu lực đến _____ (hãy ghi ngày).
 Nếu tôi không ghi ngày thì sẽ hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày ký tên.

8

HỦY BỎ: Tôi hiểu tôi có quyền hủy bỏ sự ủy quyền bất cứ lúc nào. Sự hủy bỏ phải (1) bằng văn thư; (2) gửi về hoặc nộp cho Health Information Management Department và 3) có hiệu lực sau khi văn phòng này nhận được thư xin hủy bỏ. Lệnh hủy bỏ sẽ không áp dụng cho những tiết lộ mà CSCHS (County of Santa Clara Health System) đã thực hiện rồi theo sự ủy quyền này, hoặc nếu sự ủy quyền cần có bảo hiểm chi trả thì công ty bảo hiểm có quyền hợp pháp để phản đối yêu cầu đó. Hủy bỏ bằng lời nói sẽ được chấp nhận đối với hồ sơ y tế tâm thần hành vi, theo WIC Section 5328. Hãy gọi 408-885-5770.

9

ĐIỀU KIỆN: Tôi hiểu rằng sự điều trị, chi trả, ghi danh, hoặc điều kiện được hưởng quyền lợi sẽ không căn cứ vào việc tôi đồng ý hoặc từ chối ủy quyền, trừ khi sự điều trị có liên quan đến việc nghiên cứu, hoặc nếu dịch vụ y tế được cung cấp cho tôi chỉ để tạo thông tin sức khỏe được bảo vệ để chia sẻ cho đối tác thứ ba. Tôi cũng hiểu là tôi có thể từ chối không ký tên vào giấy ủy quyền này.
 Bản sao giấy ủy quyền có hiệu lực như bản chính. Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy ủy quyền này.

10

CHIA SẺ LẠI: Thông tin chia sẻ qua sự ủy quyền này có thể được chia sẻ lại bởi người nhận. Một số trường hợp chia sẻ lại như vậy không bị Luật California cấm và có thể không còn được bảo vệ bởi Luật Bảo mật của Liên bang (HIPAA), mặc dù thông tin được bảo vệ bởi 42 CFR Part 2 vẫn tiếp tục được sự bảo vệ đó. Ngoài ra, Luật California cấm người nhận thông tin sức khỏe của tôi không được quyền chia sẻ thêm thông tin này trừ khi có sự cho phép khác từ tôi, hoặc trừ khi sự chia sẻ như thế được quy định hay cho phép theo luật pháp.

11

Tên của bệnh nhân/Người đại diện bệnh nhân _____ Chữ ký của bệnh nhân/Người đại diện _____ Mối liên hệ _____ Ngày _____

CSCHS # 585.12 Bảng đính kèm A



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**ỦY QUYỀN CHO SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN
SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ**

Tên của bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

ID hoặc HỒ sơ bệnh lý: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

Bảng đính kèm B: Các địa điểm của Hệ thống y tế Hạt Santa Clara – **Sẽ được cập nhật và chỉnh sửa bởi Bộ phận giám hộ hồ sơ bệnh lý khi phù hợp.**

(CÁC) ĐỊA ĐIỂM LƯU TRỮ HỒ SƠ BỆNH LÝ (Đánh dấu tất cả các địa điểm liên quan):

Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)

- Valley Health Center San Jose
- Valley Health Center Downtown
- Valley Health Center East Valley
- Valley Health Center Gilroy
- Valley Health Center Lundy (Phòng khám lao/Người tị nạn)
- Valley Homeless Healthcare Program (VHHP) (Chương trình chăm sóc sức khỏe người vô gia cư)
- Santa Clara Valley Dental Care (Chăm sóc nha khoa)

- Valley Health Center Milpitas
- Valley Health Center Moorpark
- Valley Health Center Sunnyvale
- Valley Health Center Tully
- Valley Health Center Morgan Hill
- Valley Health Center North County
- Valley Specialty Center

Trung tâm chăm sóc vết thương (Wound Center)

Trung tâm chăm sóc vú (Breast Care Center)

Valley Health Center McKee

Guadalupe

San Pedro

Bệnh viện O'Connor

- Phòng khám Y tế O'Connor - Đường Forest
- Phòng khám Y tế O'Connor - Khuôn viên bệnh viện (MOB)

Bệnh viện St. Louise Regional

- Phòng khám Y tế St. Louise

Regional Medical Center

- Outpatient Services - Ambulatory Surgery (Các dịch vụ ngoại trú - Phẫu thuật ngoại trú)

Các phòng khám khác

- Elmwood
- Phòng khám Y tế tại Middlefield
- Phòng khám khác: _____

LƯU Ý: My Health Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>) là một phương tiện miễn phí, an toàn và thuận tiện để quý vị có thể truy cập nhiều thể loại thông tin sức khỏe cá nhân từ máy vi tính hoặc điện thoại cầm tay. Thông tin này có thể bao gồm: một bản tóm tắt về lần nhập viện hoặc đi khám gần đây của quý vị, một danh sách các loại thuốc đang dùng, chủng ngừa (vắc-xin), một bản tóm tắt về bệnh sử y khoa của quý vị, các kết quả xét nghiệm và các xét nghiệm quan trọng, v.v... MyHealth Online cũng cho phép quý vị yêu cầu làm hẹn và yêu cầu được đưa vào danh sách chờ đợi để làm cuộc hẹn kế tiếp với chuyên viên y tế của quý vị.