

**Giấy Cho phép Trao đổi Thông tin Y tế được Bảo vệ**

Thông tin dưới đây thuộc về khách hàng sau đây:

→ Tên (tên, tên đệm và họ bằng chữ in):	Ngày sinh (tháng/ngày/năm):
---	-----------------------------

Bằng giấy này, tôi cho phép:

Dịch Vụ Hạnh Phúc và Hồi Phục Sức Khỏe – Quận Marin	
Sở Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh	Điện thoại: (415) 473-6835
250 Bon Air Road, Unit B, Greenbrae, CA 94904	Fax: (415) 473-4113
Liên lạc: Quản lý Hồ sơ Y tế	

Được trao đổi thông tin với:

→ Tên Cơ quan, Cá nhân, hoặc Nhà Cung cấp Y tế:		
Địa chỉ:	Thành phố/Tiểu bang:	Mã Zip:
Số Điện thoại:	Số Fax:	Tên Liên lạc (nếu biết):

**MỤC ĐÍCH:** Thông tin chỉ có thể được dùng cho những lý do sau đây:

→ <input type="checkbox"/> Để Tiếp tục Chăm sóc	<input type="checkbox"/> Theo yêu cầu của khách hàng
<input type="checkbox"/> Để Hoạch định Trị liệu/Quản lý hồ sơ	
<input type="checkbox"/> Lý do khác _____	

**THÔNG TIN:** Yêu cầu cung cấp những thông tin dưới đây: Quan trọng: Điền đầy đủ, ký tắt hoặc ký tên và đề ngày như đòi hỏi.

→ <b>Hồ sơ yêu cầu:</b>	_____
→ <b>Ghi chép [Ngày tháng]:</b> Từ _____ Đến _____	
<input type="checkbox"/> <b>Truyền đạt qua Miệng không thôi</b> _____ (tên và số điện thoại)	
<b>THÔNG TIN ĐƯỢC CÔNG BỐ:</b> Đây là một sự cho phép để <u>tiết lộ toàn bộ</u> thông tin về chăm sóc y tế bao gồm tất cả các bệnh y khoa, giải phẫu, truyền nhiễm, và hồ sơ sức khỏe tâm thần, nếu có. Giấy cho phép này cũng cho phép tiết lộ kết quả thử nghiệm HIV, nếu có. Những ghi chép này có thể được tiết lộ trừ khi quý vị loại trừ chúng ra cụ thể như dưới đây.	
<i>Khách hàng <b>Loại trừ</b> việc công bố những thông tin sau đây:</i>	
Xin ký tắt ở phần thông tin quý vị <b>KHÔNG MUỐN</b> công bố:	
<b>Loại trừ</b> Trị liệu Y tế Tâm thần	_____ (Ký tắt/ngày)
<b>Loại trừ</b> Kết quả thử nghiệm HIV	_____ (Ký tắt/ngày)
<b>Loại trừ</b> Thông tin khác _____	_____ (Ký tắt/ngày)



Tên Khách hàng (tên, tên đệm, họ bằng chữ in):	Ngày sinh (tháng/ngày/năm):
--	-----------------------------

**TÁI SỬ DỤNG THÔNG TIN:** Tôi hiểu rằng nếu tôi cho phép công bố thông tin y tế của tôi cho một người nào đó không bị pháp luật đòi hỏi phải bảo mật thì thông tin đó có thể bị chia sẻ với người khác và không còn được bảo vệ nữa. Tôi hiểu rằng thông tin y tế và y tế tâm thần được tiết lộ theo Giấy Cho phép này có thể bị tái tiết lộ bởi người nhận thông tin. Sự tái tiết lộ đó, trong một số trường hợp, không được luật pháp California bảo vệ và có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang (HIPAA).

**ĐIỀU KIỆN:** Tôi hiểu rằng tôi không phải ký giấy Cho phép này. Tôi hiểu rằng việc trị liệu, thanh toán, ghi tên và điều kiện được phúc lợi sẽ không dựa vào việc ký hoặc từ chối ký giấy cho phép này. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng việc từ chối cho phép một số tiết lộ cụ thể có thể ảnh hưởng đến việc tham gia vào một số chương trình nhất định. Tôi có quyền được nhận bản sao của giấy cho phép này.

**QUYỀN THU HỒI GIẤY CHO PHÉP:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi sự cho phép của tôi. Nếu tôi thu hồi sự cho phép thì tôi phải thông báo bằng văn bản về địa chỉ sau đây:

**Behavioral Health and Recovery Services,  
Department of Health and Human Services,  
250 Bon Air Road, Unit B.  
Greenbrae, CA 94904.  
Attention: Custodian of Medical Records**

Sự thu hồi của tôi sẽ hiệu lực khi nơi trên nhận được thông báo, ngoại trừ trong phạm vi những hành động đã được thực hiện bởi những người khác căn cứ vào giấy cho phép này.

**HẾT HẠN:** Giấy cho phép này có hiệu lực ngay lập tức và có giá trị đến ngày \_\_\_\_\_ (điền ngày tháng vào). Nếu tôi không điền ngày tháng vào thì giấy cho phép này có hiệu lực một năm kể từ ngày ký.



Chữ ký (Khách hàng hoặc Đại diện, như thích hợp)*:	Ngày (tháng/ngày/năm):
<p>* Nếu một người không phải là khách hàng ký tên vào mẫu cho phép, xin cho biết quan hệ với khách hàng, Tên (chữ in): _____ Quan hệ: _____</p>	
Tên Đại diện Quận Nhận Mẫu Cho Phép này (chữ in):	Ngày (tháng/ngày/năm):