



* Tất cả các mục có dấu hoa thị là các ô BẮT BUỘC.

<p>* Tên bệnh nhân _____ Số An Sinh Xã Hội (Không bắt buộc) _____</p> <p>* Cơ sở _____</p> <p>* Ngày nhận dịch vụ _____</p> <p>* Địa chỉ bệnh nhân _____ Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Số Zip _____</p> <p>* Tôi cho phép Inova Health System tiết lộ thông tin sau đây cho: _____ Số điện thoại (bắt buộc nếu phải gửi hồ sơ qua fax) _____ Số fax _____ <input type="checkbox"/> Bác sĩ <input type="checkbox"/> Khác _____</p> <p>Tên của cá nhân hoặc tổ chức nhận thông tin _____</p> <p>Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Số Zip _____</p>	<p>Số hồ sơ bệnh án _____</p> <p>* Ngày tháng năm sinh của bệnh nhân _____</p> <p>* Số điện thoại liên lạc _____</p>													
<p>* Thông tin sẽ được phát hành/tiết lộ:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Thông tin để lập hóa đơn <input type="checkbox"/> Hồ sơ bệnh án đầy đủ Ngày nhập viện/điều trị theo yêu cầu: _____ <input type="checkbox"/> Khác _____ </td> <td style="width: 33%;"> Tóm lược hồ sơ bệnh án: <input type="checkbox"/> Tư vấn <input type="checkbox"/> Tóm lược thông tin xuất viện <input type="checkbox"/> EKG/EEG <input type="checkbox"/> Hồ sơ phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Tờ thông tin </td> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm <input type="checkbox"/> Báo cáo giải phẫu <input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý <input type="checkbox"/> Báo cáo chụp quang tuyến X <input type="checkbox"/> Tiểu sử và thể chất </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> Hồ sơ khác: <input type="checkbox"/> Giấy kê toa của bác sĩ <input type="checkbox"/> Kế hoạch chăm sóc <input type="checkbox"/> Ghi chép tiền trình <input type="checkbox"/> Ghi chú về nhập viện tâm thần <input type="checkbox"/> Khám tâm thần <input type="checkbox"/> Phim chụp quang tuyến X/CD <input type="checkbox"/> Khác _____ </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Thông tin để lập hóa đơn <input type="checkbox"/> Hồ sơ bệnh án đầy đủ Ngày nhập viện/điều trị theo yêu cầu: _____ <input type="checkbox"/> Khác _____	Tóm lược hồ sơ bệnh án: <input type="checkbox"/> Tư vấn <input type="checkbox"/> Tóm lược thông tin xuất viện <input type="checkbox"/> EKG/EEG <input type="checkbox"/> Hồ sơ phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Tờ thông tin	<input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm <input type="checkbox"/> Báo cáo giải phẫu <input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý <input type="checkbox"/> Báo cáo chụp quang tuyến X <input type="checkbox"/> Tiểu sử và thể chất	Hồ sơ khác: <input type="checkbox"/> Giấy kê toa của bác sĩ <input type="checkbox"/> Kế hoạch chăm sóc <input type="checkbox"/> Ghi chép tiền trình <input type="checkbox"/> Ghi chú về nhập viện tâm thần <input type="checkbox"/> Khám tâm thần <input type="checkbox"/> Phim chụp quang tuyến X/CD <input type="checkbox"/> Khác _____									
<input type="checkbox"/> Thông tin để lập hóa đơn <input type="checkbox"/> Hồ sơ bệnh án đầy đủ Ngày nhập viện/điều trị theo yêu cầu: _____ <input type="checkbox"/> Khác _____	Tóm lược hồ sơ bệnh án: <input type="checkbox"/> Tư vấn <input type="checkbox"/> Tóm lược thông tin xuất viện <input type="checkbox"/> EKG/EEG <input type="checkbox"/> Hồ sơ phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Tờ thông tin	<input type="checkbox"/> Báo cáo của phòng xét nghiệm <input type="checkbox"/> Báo cáo giải phẫu <input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý <input type="checkbox"/> Báo cáo chụp quang tuyến X <input type="checkbox"/> Tiểu sử và thể chất												
Hồ sơ khác: <input type="checkbox"/> Giấy kê toa của bác sĩ <input type="checkbox"/> Kế hoạch chăm sóc <input type="checkbox"/> Ghi chép tiền trình <input type="checkbox"/> Ghi chú về nhập viện tâm thần <input type="checkbox"/> Khám tâm thần <input type="checkbox"/> Phim chụp quang tuyến X/CD <input type="checkbox"/> Khác _____														
<p>* Mục Đích:</p> <input type="checkbox"/> Theo dõi tiếp về sức khỏe <input type="checkbox"/> Luật sư <input type="checkbox"/> Sử dụng cá nhân <input type="checkbox"/> Tình trạng khuyết tật <input type="checkbox"/> Bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khác _____	<p>* Phân bổ hồ sơ:</p> <input type="checkbox"/> Vui lòng gửi hồ sơ qua đường bưu điện <input type="checkbox"/> Tôi muốn xem lại các hồ sơ đó (Quý vị sẽ cần phải lấy hẹn để tới xem hồ sơ) <input type="checkbox"/> Gửi tới số fax ở trên <input type="checkbox"/> Tôi sẽ tới lấy hồ sơ	<p>Lệ phí:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Trang 1-50:</td> <td>\$0.50 một trang</td> </tr> <tr> <td>Trang 51+:</td> <td>\$0.25 một trang</td> </tr> <tr> <td>Microfilm/Microfiche:</td> <td>\$1.00 một trang</td> </tr> <tr> <td>CDs hoặc Thumbdrives:</td> <td>\$5.00 lệ phí tính thêm</td> </tr> <tr> <td>Hình chụp quang tuyến trên đĩa CD:</td> <td>\$10.00 một đĩa CD</td> </tr> <tr> <td>Bưu phí:</td> <td>Được cộng thêm khi bắt buộc</td> </tr> </table>	Trang 1-50:	\$0.50 một trang	Trang 51+:	\$0.25 một trang	Microfilm/Microfiche:	\$1.00 một trang	CDs hoặc Thumbdrives:	\$5.00 lệ phí tính thêm	Hình chụp quang tuyến trên đĩa CD:	\$10.00 một đĩa CD	Bưu phí:	Được cộng thêm khi bắt buộc
Trang 1-50:	\$0.50 một trang													
Trang 51+:	\$0.25 một trang													
Microfilm/Microfiche:	\$1.00 một trang													
CDs hoặc Thumbdrives:	\$5.00 lệ phí tính thêm													
Hình chụp quang tuyến trên đĩa CD:	\$10.00 một đĩa CD													
Bưu phí:	Được cộng thêm khi bắt buộc													
<p>Tôi hiểu rằng nếu người hoặc cơ quan nhận được thông tin của tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hay chương trình sức khỏe thuộc diện qui định của các qui chế bảo vệ thông tin riêng tư của đạo luật HIPAA, thông tin nói trên có thể được tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi các qui chế đó nữa.</p> <p>Tôi hiểu rằng cần phải thông báo bằng văn bản nếu cần hủy bỏ sự cho phép này và thông báo đó có thể gửi cho cơ quan có tên ở trên đầu mẫu điền này. Tôi biết rằng việc hủy bỏ của tôi sẽ không có giá trị đối với những lần tiết lộ khi đang có sự cho phép của tôi.</p> <p>Tôi hiểu rằng Inova Health System không được ra điều kiện chỉ chữa trị cho tôi nếu tôi quyết định ký giấy cho phép này.</p> <p>Tôi hiểu rằng việc tiết lộ này có thể bao gồm thông tin về nghiện ma túy, nghiện rượu, hoặc lạm dụng rượu, bệnh tâm thần Hội Chứng Suy Giảm Miễn Dịch Mắc Phải (AIDS) hoặc nhiễm HIV theo Luật Liên Bang (42 CFR Phần 2).</p>														
<p>* Chữ ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền (Signature of Patient or Authorized Representative)</p>	<p>* Ngày/Giờ (Date/Time) (Sự cho phép sẽ không còn giá trị sáu tháng sau ngày ký)</p>													
<p>* Tên viết bằng chữ in của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Được Ủy Quyền (Print Name of Patient or Authorized Representative)</p>	<p>* Mối liên hệ với bệnh nhân (Relationship to Patient)</p>													

PATIENT IDENTIFICATION

Inova Health System
Cho phép phát hành/tiết lộ
thông tin sức khỏe được bảo vệ
Authorization to Release/Disclose
Protected Health Information - Vietnamese

