

## Ủy quyền của bệnh nhân về việc tiết lộ, công bố và/hoặc lấy thông tin y tế được bảo vệ

Hồ sơ y tế gần đây có thể được tải xuống qua MyChart ngay lập tức mà không cần điền vào biểu mẫu này. Xem trang 3 để biết thêm thông tin.

### 1. Thông Tin Bệnh Nhân

|                        |                |               |        |
|------------------------|----------------|---------------|--------|
| Tên - Họ, Tên, Tên Đệm | Tên Cũ/Bí Danh |               |        |
| Địa Chỉ Đường Phố      | Thành Phố      | Tiểu Bang     | Mã Zip |
| Địa Chỉ Email          | Ngày Sinh      | Số Điện Thoại |        |

### 2. Mục Đích Yêu Cầu

- ☐ Luật sư ☐ Bảo hiểm ☐ PFMLA  
☐ Nhà cung cấp ☐ Cá nhân ☐ Khác (hãy nêu rõ) \_\_\_\_\_

### 3. Cơ sở y tế cung cấp hồ sơ

☐ Trung Tâm Y Tế Valley và Các Phòng Khám (VMCC)  
☐ Nhà Cung Cấp/Phòng Khám (Vui lòng gửi biểu mẫu này trực tiếp cho Nhà Cung Cấp không thuộc VMCC): \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số fax: \_\_\_\_\_

### 4. Người nhận hồ sơ (ví dụ: công ty bảo hiểm, luật sư, bác sĩ, bệnh nhân)

|                   |            |               |        |       |
|-------------------|------------|---------------|--------|-------|
| Tên               | Người Nhận | Số Điện Thoại | Số Fax | Email |
| Địa Chỉ Đường Phố | Thành Phố  | Tiểu Bang     | Mã Zip |       |

### 5. Hồ sơ sẽ được tiết lộ: Phạm vi ngày: \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ HOẶC ☐ 2 năm gần nhất (mặc định nếu không có ngày nào được chọn)

☐ Hồ Sơ Y Tế ☐ Hồ Sơ Thanh Toán ☐ Tiêm Chủng ☐ Kết Quả X-Quang  
☐ Kết quả từ phòng khám ☐ Kết quả xét nghiệm và bệnh lý ☐ Thủ thuật ☐ Báo cáo X-quang  
☐ Khác (vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_

☐ Tôi cho phép **TRAO ĐỔI THÔNG TIN BẰNG LỜI NÓI** về tiền sử y tế và dịch vụ chăm sóc của tôi. (Chọn ô này có nghĩa là sẽ không có hồ sơ vật lý nào được gửi trừ khi có chỉ định khác).

**HỒ SƠ NHAY CẢM:** Tôi cho phép tiết lộ các thông tin sau đây được lưu giữ trong hồ sơ của Trung Tâm Y Tế Valley (chọn tất cả các ô phù hợp):

- ☐ Hồ sơ chẩn đoán hoặc điều trị, kết quả xét nghiệm HIV/AIDS VÀ bệnh lây truyền qua đường tình dục (RCW 70.02.220)  
☐ Hồ sơ sức khỏe tâm thần (RCW 70.02.230 hoặc 240)  
☐ Hồ sơ về Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (42 CFR Phần 2)

### 6. Định dạng hồ sơ:

Nếu chỉ trao đổi thông tin bằng lời nói, hãy bỏ qua mục

**LƯU Ý:** Kết quả X-quang có trên đĩa CD và yêu cầu trình xem DICOM.

- ☐ CD/DVD (trình xem PDF bắt buộc) ☐ Bản giấy ☐ MyChart ☐ Ổ USB/ổ lưu trữ bên ngoài ☐ Email (xem trang 3)

### 7. Giấy ủy quyền này có giá trị đến ngày \_\_\_\_\_ HOẶC khi xảy ra sự kiện sau: \_\_\_\_\_

(Nếu không có ngày/sự kiện nào được cung cấp, giấy ủy quyền sẽ có hiệu lực trong ba năm kể từ ngày ký. Giấy ủy quyền tiết lộ thông tin của quý vị cho người sử dụng lao động hoặc tổ chức tài chính chỉ có thể có hiệu lực trong một năm).

**Bằng cách ký vào trang trên, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và đồng ý với các điều khoản ở cả hai mặt của biểu mẫu này.**

|                                                                                                                            |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Chữ ký (Bệnh nhân hoặc người được ủy quyền để cho phép)                                                                    | Ngày |
| Nếu người không phải bệnh nhân ký tên, vui lòng điền tên in hoa, lý do, mối quan hệ với bệnh nhân, mô tả thẩm quyền của họ |      |



**Ủy quyền của bệnh nhân trong việc tiết lộ, công bố hoặc lấy thông tin y tế được bảo vệ**

**Trẻ vị thành niên:** Cần có chữ ký của bệnh nhân vị thành niên để tiết lộ các thông tin sau: (1) các điều kiện liên quan đến chăm sóc sức khỏe sinh sản của trẻ vị thành niên; (2) bệnh lây truyền qua đường tình dục (nếu từ 14 tuổi trở lên); (3) lạm dụng rượu và/hoặc ma túy và tình trạng sức khỏe tâm thần (nếu từ 13 tuổi trở lên).

Quyền của bệnh nhân: Tôi hiểu rằng tôi không phải ký vào giấy ủy quyền này để được nhận các quyền lợi chăm sóc sức khỏe (điều trị, thanh toán hoặc đăng ký). Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất kỳ lúc nào ngoại trừ phạm vi đã sử dụng bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Trung Tâm Y Tế Valley, 400 S. 43rd Street, Renton, WA 98055. Tôi hiểu rằng một khi thông tin sức khỏe mà tôi đã cho phép tiết lộ được gửi đến người nhận được nêu tên, thông tin đó có thể không còn được bảo vệ theo luật về quyền riêng tư và có thể bị tiết lộ lại.

Tôi hiểu rằng tôi có các quyền sau:

- Kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi
- Nhận một bản sao của biểu mẫu đã ký này
- Từ chối ký vào giấy ủy quyền này cho phép tiết lộ hoặc công bố thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi

Tôi cũng hiểu rằng Trung Tâm Y Tế Valley (VMC) sẽ không ra quyết định điều trị hoặc thanh toán dựa vào việc có nhận được giấy ủy quyền đã ký này hay không, ngoại trừ các trường hợp sau: (1) VMC có thể điều chỉnh quá trình điều trị liên quan đến nghiên cứu khi tôi ký tên hoặc ủy quyền cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin của tôi cho nghiên cứu đó **hoặc** (2) VMC có thể điều chỉnh quá trình cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ nhằm mục đích tạo thông tin y tế được bảo vệ để tiết lộ cho bên thứ ba khi tôi ký tên hoặc ủy quyền tiết lộ thông tin y tế cho bên thứ ba đó. Một ví dụ về điều này là khi một người sử dụng lao động không thuộc VMC ký hợp đồng với Trung Tâm Y Tế Valley để tiến hành xét nghiệm lao cho mục đích kiểm tra sức khỏe nhân viên.

**Mẫu giấy ủy quyền này có thể được gửi cho chúng tôi bằng đường bưu điện, email hoặc fax.**

**Valley Medical Center and Clinics**

Thư: Release of Information

400 S 43<sup>rd</sup> Street

P.O. Box 50010

Renton, WA 98058

Fax: (425) 690-9407

Số điện thoại: (425) 690-3406

Email: [RecordsRequest@valleymed.org](mailto:RecordsRequest@valleymed.org)

## *Hướng dẫn điền biểu mẫu*

### **Ủy quyền của bệnh nhân trong việc tiết lộ, công bố hoặc lấy thông tin y tế được bảo vệ**

**Mục 1 (Thông Tin Bệnh Nhân):** Tên, tên cũ và bí danh (nếu có), địa chỉ đầy đủ, ngày sinh, số điện thoại và địa chỉ email của bệnh nhân.

**Mục 2 (Mục Đích):** Cho biết bất kỳ và tất cả các mục đích của việc tiết lộ thông tin.

**Mục 3 (Cơ sở y tế tiết lộ hồ sơ)** Xác định các cơ sở y tế nắm giữ hồ sơ sức khỏe sẽ được tiết lộ.

**Mục 4 (Người Nhận Hồ Sơ):** Xác định (những) người hoặc (các) nhóm người cụ thể sẽ nhận được thông tin.

**Mục 5 (Hồ sơ sẽ được tiết lộ):** Lưu ý: Tất cả các lựa chọn có khả năng bao gồm trao đổi thông tin bằng lời nói về các hồ sơ được tiết lộ. Chọn thông tin nào được phép tiết lộ.

- Chọn "2 năm gần nhất" hoặc chỉ định phạm vi thời gian của hồ sơ sẽ được tiết lộ. Nếu không có lựa chọn nào được ghi nhận, hồ sơ từ 2 năm gần đây nhất sẽ được tiết lộ.
- Tùy chọn "TRAO ĐỔI THÔNG TIN BẰNG LỜI NÓI" có thể được sử dụng để cho phép trò chuyện với (những) người được chỉ định được xác định trong mục 4.
- Nếu không có lựa chọn nào đưa ra trong hộp "HỒ SƠ NHẠY CẢM", những hồ sơ đó sẽ **không** được tiết lộ.

**Mục 6 (Định dạng hồ sơ):** Cho biết (các) định dạng mong muốn. Nếu chọn email, bệnh nhân hiểu và chấp nhận những rủi ro tiềm ẩn của việc trao đổi thông tin qua email. Email phải tuân thủ giới hạn kích thước tệp.

**Mục 7 (Ngày hết hạn):** Nếu một sự kiện được chỉ định, sự kiện đó phải là sự kiện liên quan đến bệnh nhân (ví dụ - chấm dứt điều trị cho bệnh nhân, cái chết của bệnh nhân) hoặc mục đích cho phép (ví dụ: nếu ủy quyền là để xác định khuyết tật, ủy quyền có thể kết thúc khi quyết định đã được đưa ra). Một ngày cụ thể sẽ thích hợp hơn.

**Tính đầy đủ:** Người nhận sẽ được cung cấp một bản sao hồ sơ được yêu cầu kể từ ngày quý vị ủy quyền. Những hồ sơ này sẽ được tạo từ Hồ Sơ Y Tế Hợp Pháp, trong một số trường hợp liên quan đến hồ sơ kết hợp có thể chứa một số tài liệu giấy cũng như thông tin y tế từ nhiều hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử. Vì thông tin sức khỏe điện tử đang được tạo trong thời gian thực bởi nhiều người dùng, chúng tôi cố gắng hết sức để đảm bảo các hồ sơ được tiết lộ chứa tất cả các tài liệu được nhập bởi các bác sĩ lâm sàng liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân. Nếu quý vị tin rằng mình chưa nhận được tất cả thông tin được yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Quản Lý Thông Tin Y Tế.

**Chữ ký:** Nhìn chung, bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có thẩm quyền pháp lý để ký vào giấy này. Đối với bệnh nhân dưới 18 tuổi, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của bệnh nhân phải ký tên thay cho bệnh nhân. Tuy nhiên, luật pháp Bang Washington có ngoại lệ đối với các quy tắc chung này. Ví dụ, bệnh nhân được phép ký vào biểu mẫu này bất kể độ tuổi để tiết lộ về sức khỏe sinh sản của họ; bệnh nhân từ 14 tuổi trở lên có thể cho phép tiết lộ kết quả xét nghiệm HIV; và bệnh nhân từ 13 tuổi trở lên có thể cho phép tiết lộ điều trị sức khỏe tâm thần ngoại trú.

Đối với bệnh nhân đã qua đời, biểu mẫu này có thể được ký bởi vợ/chồng còn sống hoặc đại diện cá nhân của bệnh nhân (ví dụ: người quản lý di sản hoặc người thi hành di chúc).

Tất cả các cá nhân ký tên sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế thay mặt cho bệnh nhân phải nêu rõ mối quan hệ của họ với bệnh nhân và có thể được yêu cầu cung cấp bằng chứng về thẩm quyền pháp lý để cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế.

**LƯU Ý:** Hồ sơ y tế gần đây có sẵn thông qua MyChart để tải xuống ngay lập tức mà không cần điền vào biểu mẫu này. Vui lòng truy cập <https://valleymed.org/mychart> để biết thông tin và hướng dẫn. Để yêu cầu hồ sơ không có sẵn qua MyChart, có một biểu mẫu điện tử mà quý vị có thể điền trong MyChart để thay thế cho biểu mẫu giấy này.