

HIPAA – CHẤP THUẬN CHO TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

GIẤY BÁO ĐÃ NHẬN THÔNG BÁO THỰC HÀNH BẢO VỆ TÍNH RIÊNG TƯ:

Tên bệnh nhân: _____
Ho _____ Tên _____ Tên lót _____

Địa chỉ Nhà: _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Điện thoại nhà: _____ Ngày sinh: _____

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi công nhận rằng tôi đã nhận được một bản Thông báo Thực hành Bảo vệ Tính riêng tư của

CHẤP THUẬN CHO TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE CHUNG CỦA TÔI:

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi cho phép Bệnh viện tiết lộ thông tin y khoa của tôi để Bệnh viện có thể điều trị cho tôi, tìm

- Tôi cho phép Bệnh viện tiết lộ thông tin y khoa của tôi trên máy trả lời ở nhà/thư thoại và thẻ nhắc nhở.
- Tôi cho phép Bệnh viện tiết lộ thông tin y khoa của tôi cho vợ và con tôi và bạn bè và người thân dưới đây:
- Tôi cho phép Bệnh viện tiết lộ thông tin y khoa của tôi cho Hội Ung Thư Hoa Kỳ (ACS) để sử dụng các dịch vụ của ACS.

THÔNG TIN BẢO MẬT CAO CỦA TÔI:

Tôi hiểu rằng hồ sơ y khoa của tôi, hiện tại hoặc trong tương lai, có thể chứa những loại thông tin được bảo mật cao sau đây. Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đồng ý cụ thể cho việc tiết lộ những thông tin như vậy là một phần của hồ sơ y khoa của tôi cho các công ty bảo hiểm và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bên ngoài Bệnh viện với mục đích điều trị cho tôi, thanh toán điều trị cho tôi, và để những cơ quan này có thể tiến hành hoạt động chăm sóc sức khỏe của họ:

- Thông tin về tình trạng nhiễm HIV/AIDS
- Thông tin về thử di truyền
- Thông tin liên quan đến liên lạc bảo mật với các bác sĩ tâm lý liệu pháp, bác sĩ tâm thần, bác sĩ tâm lý, nhân viên xã hội, chuyên viên sức khỏe tâm thần, hoặc chuyên viên dịch vụ nhân sinh
- Thông tin về chẩn đoán và điều trị lạm dụng hóa chất (rượu hoặc ma túy)
- Thông tin về bệnh hoa liễu
- Hồ sơ X-quang vú
- Thông tin về dịch vụ kế hoạch hóa gia đình
- Nếu tôi là bệnh nhi, thông tin về điều trị và chẩn đoán của tôi (trừ cha mẹ của tôi)
- Thông tin về điều trị bằng các chất có kiểm soát
- Thông tin liên quan đến nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng
- Những mẫu đơn chấp thuận phá thai

[Ghi chú cho bệnh nhân: Vui lòng đánh dấu những điểm màu xanh ở trên, với mức độ mà quý vị muốn thông tin này được tiết lộ]

Chữ ký của Bệnh nhân

Ngày

Nếu bệnh nhân là một bệnh nhi hoặc mất khả năng (thể chất hoặc tinh thần), cần có những chữ ký dưới đây:

Chữ ký của Người đại diện Cá nhân

Mô tả Quyền hạn

Ngày