

**CHẤP THUẬN CHO TIẾT LỘ HỒ SƠ Y KHOA**

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi, bằng phương tiện này, cho phép bác sĩ \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Cung cấp thông tin và/hoặc hồ sơ y khoa cho:

Bác sĩ

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thông tin cụ thể cần tiết lộ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chấp thuận này có hiệu lực từ: \_\_\_\_\_

đến: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_

Nhân chứng: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_

(Cha mẹ/Người giám hộ hợp pháp/Đại diện Ủy quyền)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GHI CHÚ:** Tờ chấp thuận này phải được ký tên bởi bệnh nhân hoặc người thân trong trường hợp bệnh nhân là vị thành niên, hoặc bởi người giám hộ hợp pháp khi bệnh nhân này không đủ năng lực thể chất và tinh thần. Nếu chấp thuận này được ký tên bởi người không phải là bệnh nhân, vui lòng cho biết lý do.