

Thông tin bệnh nhân

Tên (Vui lòng điền tên đầy đủ): _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại #: _____

MRN: _____ Email: _____

Định dạng phát hành: Bản sao cứng Bản sao điện tử Bản cứng điện tử (CD-ROM) Trao đổi bằng lời nói/miệng

Thông tin được phát hành từ: Hệ Thống Y Tế MultiCare PACE Chỉ dành cho Navos Chỉ dành cho Greater Lakes

Khác: Tên/Tổ chức: _____

Điện Thoại: _____ Email: _____ Fax: _____

Địa Chỉ: _____

Thông tin có thể được tiết lộ cho:

Tên/Tổ chức: _____

Điện thoại: _____ Email: _____ Fax: _____

Địa chỉ: _____

Mục đích tiết lộ: Chăm sóc sức khỏe Cá nhân Hoạt động Pháp luật/Điều tra/Pháp lý Lập hóa đơn Bảo hiểm

Khác: _____

Những thông tin nào sẽ được tiết lộ: _____

Chọn (các) loại thông tin có thể tiết lộ.

MH = Sức khỏe tâm thần

SUD = Rối loạn sử dụng chất gây nghiện

Bộ hồ sơ y tế định kỳ _____ **HOẶC** _____ Chỉ hồ sơ y tế chỉ định

Hồ sơ phòng khám (Bao gồm: Khám tại phòng khám, xét nghiệm, X quang, hồ sơ thuốc, hồ sơ tiêm chủng)

Hồ sơ bệnh viện (Bao gồm: Tiền sử và Thể chất, Báo cáo xuất viện, Báo cáo phẫu thuật, Tư vấn Cấp cứu, Xét nghiệm, Chụp X-quang)

Hồ sơ nhập viện

Hồ sơ thanh toán

Báo cáo xuất viện/Ghi chú

Tiền sử và thể chất

Báo cáo phẫu thuật

Báo cáo X quang

Hình ảnh và phim X-quang

Báo cáo xét nghiệm

Khác (vui lòng ghi rõ):

Báo cáo bệnh lý

Báo cáo cấp cứu

Hồ sơ tiêm chủng

Ghi chú điều dưỡng

Ghi chú thuốc điều trị

Ghi chú tiến triển/

Ghi chú phòng khám

Liệu pháp phục hồi (PT/OT/ST)

MH Đánh giá bạn đầu/hhợp viện

MH Ghi chú thuốc điều trị

Đánh giá về thuốc/tâm thần

MH Ghi chú tiến triển/Ghi chú nhóm

Đánh giá tâm lý

MH Báo cáo/Kế hoạch điều trị

MH Thư/Báo cáo điều trị/thăm khám của khách hàng

MH Ghi chú Khủng hoảng/Liên hệ DCR Contact/ITA

MH Kế hoạch quản lý khủng hoảng

MH Báo cáo xuất viện

MH Xác nhận lịch hẹn và lịch khám

Tham gia **lịch khám** MH/Thuốc

Tài chính/Nhân khẩu học

Kết quả xét nghiệm

Kế hoạch trường IEP/504/Đại diện lớp học

SUD Thẩm định/Đánh giá

SUD Tóm tắt Đánh giá

SUD Khuyến nghị điều trị

SUD Hồ sơ điều trị có thuốc hỗ trợ

SUD Báo cáo/Kế hoạch điều trị

SUD Báo cáo xác minh tham gia/tuần thủ

SUD Tiến triển/Ghi chú Nhóm

Kết quả sàng lọc thuốc/UA

SUD Kế hoạch quản lý khủng hoảng

SUD Báo cáo xuất viện

SUD Thông tin xác minh lịch

hẹn khám

Hoàn thành Biểu mẫu trực tuyến

của Cục cấp phép

Ngày hoạt động cụ thể hoặc thông tin liên quan đến điều kiện: _____

Trao đổi bằng lời nói về lịch sử điều trị và chăm sóc y tế của tôi: _____

Thông tin đặc biệt: Tôi cho phép thông tin tiết lộ bao gồm các thông tin sau đây (viết tắt tất cả những gì áp dụng)

_____ Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, bao gồm HIV/AIDS _____ Thông tin sức khỏe tâm lý, tâm thần hoặc hành vi

_____ Rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) _____ Thông tin và chỉ số di truyền

*** LƯU Ý: Nếu phần này chưa hoàn thành, hồ sơ của các mục này (nếu tồn tại) sẽ không được công bố. ***

BẮT BUỘC KÝ TRÊN TRANG 2

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

**ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE
(THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC
BẢO VỆ VIẾT TẮT LÀ PHI)**

MultiCare 

Trang 1 trên 2



87-8455-5e A VT (Rev. 11/23)

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ VIẾT TẮT LÀ PHI) (tiếp tục)

Quyền của quý vị và các lưu ý khác:

1. Khi MultiCare tiết lộ Thông tin sức khỏe của quý vị, người nhận có thể tiết lộ lại thông tin đó và luật thông tin và quyền riêng tư có thể không còn bảo vệ thông tin đó nữa. Một số thông tin, chẳng hạn như rối loạn sử dụng chất kích thích hoặc sức khỏe tâm thần vẫn có thể được bảo vệ.
2. Tôi có thể rút lại ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi email đến địa chỉ được liệt kê dưới đây. Nếu tôi rút lại ủy quyền của mình, điều đó sẽ không thay đổi các hành động đã được thực hiện theo ủy quyền.
3. MultiCare không yêu cầu quý vị hoàn thành văn bản ủy quyền này để nhận chăm sóc sức khỏe hoặc các lợi ích của việc chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, quý vị phải ký vào mẫu ủy quyền này khi mục đích của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc tham gia nghiên cứu là để tạo hoặc nhận thông tin chăm sóc sức khỏe.
4. Tôi hiểu việc yêu cầu hồ sơ này có thể dẫn đến các khoản phí. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên hệ để thông báo ước tính của những khoản phí đó trước khi hồ sơ được gửi. Thông tin chi tiết về các khoản phí có thể xem tại www.multicare.org/medical-records/.

Thời gian hiệu lực:

Giấy ủy quyền này có giá trị trong 365 ngày kể từ ngày ký hoặc cho đến ngày hoặc sự kiện được chỉ định ở đây: _____

Ký tên:

Bệnh nhân/Đại diện: _____ Ngày/Giờ: _____

Cơ quan pháp luật: _____ Chữ ký trẻ vị thành niên: _____
(Chữ ký của cá nhân và ngày tháng) nếu cần đồng chữ ký cho trẻ vị thành niên

Nếu ủy quyền được ký bởi một đại diện riêng của cá nhân, người đại diện đó phải cung cấp một văn bản về thẩm quyền của người đại diện để đại diện cho cá nhân đó.

Họ tên và ngày bằng chữ in hoa: _____ Mối quan hệ: _____

THU HỒI

Quý vị có thể thu hồi ủy quyền này bằng văn bản. Quý vị có thể gọi cho một trong các khoa được liệt kê hoặc lấy địa chỉ bệnh viện trong mục Quản lý Thông tin Y tế (Hồ sơ Y tế) trên hồ sơ <https://www.multicare.org/medical>. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay khi nhận được, nhưng sẽ không áp dụng cho thông tin đã được tiết lộ hoặc cho các dịch vụ đã được cung cấp theo ủy quyền này.

Bệnh viện Inland Northwest Deaconess: 509-473-7421

Sức khỏe tâm thần Greater Lakes 253-620-5150

Phòng khám Inland Northwest Rockwood: 509-342-3955

Navos: 206-257-6609

Bệnh viện Inland Northwest Valley: 509-473-5431

Sức khỏe Hành vi MultiCare: 253-697-8530

Bệnh viện Puget Sound MultiCare: 253-403-2433

CHẤP THUẬN CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Chữ ký của bệnh nhân vị thành niên được yêu cầu để công bố thông tin liên quan đến chăm sóc: (1) kiểm soát sinh nở và chăm sóc liên quan đến mang thai, (2) thông tin bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm HIV/AIDS) nếu trẻ vị thành niên từ 14 tuổi trở lên, (3) chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu rối loạn sử dụng chất gây nghiện (đối với trẻ vị thành niên đủ năng lực dưới 13 tuổi, cả trẻ vị thành niên và người giám hộ phải đồng ý), và (4) thông tin sức khỏe tâm thần ngoại trú nếu trẻ vị thành niên từ 13 tuổi trở lên.

CHỈ SỬ DỤNG CHO MULTICARE

- Yêu cầu đã hoàn thành và hồ sơ y tế đã được công bố cho nhà cung cấp bên ngoài chưa? [] CÓ [] KHÔNG
- Yêu cầu này đã được gửi đến nhà cung cấp hoặc bệnh viện bên ngoài để lấy hồ sơ y tế chưa? [] CÓ [] KHÔNG
- Đây có phải là ủy quyền cho các trao đổi bằng lời nói hoặc các thảo luận đang diễn ra mà chỉ cần nộp để tham khảo không?
[] CÓ [] KHÔNG

Patient Identification - Write in or attach patient label

Name:

MRN #:

CSN #:

Age / Sex & Gender:

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ VIẾT TẮT LÀ PHI)

MultiCare 

Trang 2 trên 2



87-8455-5e A VT (Rev. 11/23)