



SOUTH CAROLINA
DEPARTMENT OF
PUBLIC HEALTH

Mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế

Địa chỉ gửi trả

1. Tôi yêu cầu _____ hoàn thành biểu mẫu này cho tôi. _____
(Tên của người hoàn thành biểu mẫu) (Chữ ký của bệnh nhân/người đại diện cá nhân)

2. Tôi _____ cho phép DPH _____ đi cùng tôi đến buổi hẹn của tôi vào _____ và tôi hiểu rằng thông tin y tế được bảo vệ có thể được thảo luận trong buổi hẹn này.

3. Tôi _____ cho phép _____ tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ sau đây từ hồ sơ y tế của _____ cho _____.
Tên Bệnh nhân Ngày sinh

Chữ Ký tắt của Bệnh nhân Cạnh Tất cả các Lựa chọn Phù hợp. (Đánh dấu vào cột "TẤT CẢ" theo loại dịch vụ bao gồm kết quả xét nghiệm cho loại dịch vụ đó.)

Loại Dịch vụ	Chữ ký Tắt	Toàn bộ	Cụ thể	Loại Dịch vụ	Chữ ký Tắt	Toàn bộ	Cụ thể
Lạm dụng Rượu/các Chất gây nghiện Khác				Sức khỏe Tâm thần			
CYSHCN				Thăm khám Tại nhà cho Trẻ sơ sinh			
Kế hoạch hóa Gia đình				Quan hệ Đối tác Gia đình-Y tá			
HIV/AIDS				Bệnh lây qua đường tình dục (STD, Sexually Transmitted Disease)			
Y tế Tại nhà				Bệnh lao			
Chủng ngừa				WIC			
Chẩn đoán/Xét nghiệm				Khác			

Tôi KHÔNG muốn thông tin sau được tiết lộ:

_____/_____. (Chữ ký tắt của bệnh nhân)

4. Mục đích của việc tiết lộ thông tin: (Bệnh nhân ký tắt **một chữ**) _____ tiếp tục điều trị; hoặc _____ bản sao cá nhân; hoặc _____ pháp lý; hoặc Khác (Nhập lý do tiết lộ và ký tắt) _____

5. Mẫu cho phép này có hiệu lực cho đến: (Bệnh nhân ký tắt **một chữ**) _____ Một năm kể từ hôm nay; hoặc _____ Cho đến khi rời khỏi Chương trình; hoặc Khác (Bệnh nhân nhập ngày hoặc sự kiện cụ thể và ký tắt) _____ Tôi hiểu rằng bản sao của mẫu cho phép này có thể được coi là bản gốc.

6. Quý vị có thể tiết lộ thông tin y tế được bảo vệ của tôi cho cá nhân hoặc tổ chức có tên trong mục 3 ở trên theo những cách sau:

- a) Bằng fax _____ (Bệnh nhân ký tắt tại đây) Số fax _____
b) Bằng e-mail _____ (Bệnh nhân ký tắt tại đây) Địa chỉ email _____
c) Bằng thư _____ (Bệnh nhân ký tắt tại đây) Địa chỉ Nhận thư _____

Tôi hiểu rằng sự bảo mật của tôi không thể được đảm bảo bằng cách gửi thông tin của tôi bằng các cách thức này.

7. _____
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người Đại diện cá nhân Ngày Nhân chứng - **CHỈ** khi bệnh nhân không thể ký hoặc ký với dấu "X" Ngày

(Tên Viết in hoa của Bệnh nhân)

Mối quan hệ của Người đại diện Cá nhân (nếu có chữ ký của người đại diện cá nhân)

Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu xem hoặc nhận một bản sao thông tin của tôi trước khi nó được tiết lộ. Tôi hiểu rằng thông tin được tiết lộ theo yêu cầu của tôi có thể được người nhận được thông tin đó tiết lộ lại và có thể không còn được bảo vệ bởi luật tiểu bang hoặc liên bang. Tôi hiểu rằng DPH không được quy định điều trị, ghi danh hoặc đủ điều kiện nhận các quyền lợi nếu tôi từ chối ký mẫu cho phép này; tuy nhiên, tôi hiểu rằng tôi có thể không đủ điều kiện nhận các dịch vụ từ một số chương trình nếu tôi từ chối cho phép tiết lộ thông tin cần thiết đối với việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện để nhận các quyền lợi.

Bản sao của biểu mẫu này Được cung cấp cho Bệnh nhân ☐ hoặc Bản sao bị Từ chối ☐ hoặc Bản sao Được gửi qua Thư cho Bệnh nhân ☐

8. Hủy bỏ Mẫu Cho phép này: Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ mẫu cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách ký tên dưới đây, ngoại trừ trường hợp thông tin đã được tiết lộ dựa trên mẫu cho phép này hoặc để nhận được các quyền lợi bảo hiểm.

_____(Bệnh nhân/người đại diện được ủy quyền) Ngày: _____

_____(Nhân chứng: Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký hoặc ký với dấu "x") Ngày: _____

(Patient label may be used here)

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Thông tin Được tiết lộ cho:

1. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
2. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
3. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
4. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
5. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
6. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
7. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
8. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
9. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____
10. Tên: _____
Địa chỉ: _____
Thành phố/Tiểu bang/Mã Zip: _____
Khác: _____

Thông tin Được tiết lộ/Chữ ký/Ngày:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

(Patient label may be used here)

Patient's Health Record Number: _____

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Hướng dẫn Điền Mẫu Cho phép Tiết lộ Thông tin Y tế 1623-VIE-DPH

Mục đích: Biểu mẫu này được sử dụng để có được sự cho phép của bệnh nhân, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp tiết lộ thông tin y tế từ tổ chức này sang tổ chức khác. (từ DPH sang một tổ chức khác hoặc từ một tổ chức khác sang DPH). Một tổ chức khác có thể yêu cầu chúng tôi sử dụng mẫu cho phép của họ để tiết lộ thông tin từ hồ sơ của họ.

Lưu ý: Thông tin thứ cấp (thông tin không phải do DPH tạo ra được lưu trong hồ sơ của chúng tôi) sẽ được tiết lộ nếu bệnh nhân yêu cầu chúng tôi tiết lộ thông tin đó hoặc nếu nó cần thiết cho việc tiếp tục dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Nếu thông tin thứ cấp được đánh dấu là “không được tiết lộ lại”, thì thông tin đó phải được tiết lộ từ tổ chức đã tạo ra thông tin, không phải từ DPH.

Hướng dẫn theo từng Mục:

1. Nếu bệnh nhân yêu cầu được hỗ trợ điền vào biểu mẫu này, hãy nhập tên của người hỗ trợ và bệnh nhân ký vào đây.
2. a) Nhập tên của bệnh nhân yêu cầu được đi cùng trong chuyến thăm khám của DPH.
b) Nhập tên của người đi cùng bệnh nhân.
c) Nhập ngày thăm khám. Nếu đây là tất cả những gì bệnh nhân yêu cầu, thì hãy chuyển sang mục số 7.
3. a) Nhập tên của người cho phép tiết lộ thông tin y tế. (bệnh nhân, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp)
b) Nhập tổ chức tiết lộ thông tin (nếu DPH đang tiết lộ thông tin, hãy nhập DPH. Nếu một tổ chức khác đang sử dụng biểu mẫu này để tiết lộ thông tin của họ cho DPH, tên của tổ chức đó sẽ được nhập vào đây.)
c) Nhập tên của bệnh nhân có thông tin y tế đang được tiết lộ. Nếu tên này giống với tên đã nhập ở mục 3a) ở trên, thì có thể nhập “myself (bản thân tôi)” thay vì nhập lại tên.
d) Nhập tổ chức nhận được các thông tin đang được tiết lộ (nếu DPH đang tiết lộ thông tin, hãy nhập tên của tổ chức mà DPH tiết lộ thông tin cho. Nếu một tổ chức khác đang sử dụng biểu mẫu này để tiết lộ thông tin y tế từ hồ sơ của họ cho DPH, hãy nhập DPH.)
e) Bệnh nhân ký tắt vào ô bên cạnh hồ sơ sẽ được tiết lộ. Đánh dấu “tất cả” các hồ sơ cho một lĩnh vực của chương trình bao gồm các phòng xét nghiệm cho lĩnh vực của chương trình đó. Nếu chỉ một phần của hồ sơ cho một lĩnh vực của chương trình được tiết lộ, hãy liệt kê các phần của hồ sơ sẽ được tiết lộ và chữ ký tắt của bệnh nhân. **Hồ sơ về Kế hoạch hóa Gia đình của trẻ vị thành niên không được tiết lộ mà không có sự cho phép của trẻ vị thành niên, trừ khi nhận được lệnh của tòa án hợp lệ.** Thông tin về HIV hoặc bệnh lây qua đường tình dục không thể được tiết lộ nếu bệnh nhân không ký tắt tại lĩnh vực của chương trình đó và đánh dấu vào cột “tất cả” hồ sơ hoặc cung cấp thông tin chi tiết trong cột “cụ thể”.
Nếu việc tiết lộ này đang được sử dụng để gửi thông tin y tế cho nhiều tổ chức (khi được phép), hãy nhập “xem mặt sau # 1-# X của biểu mẫu này”. (ví dụ: nếu thông tin đang được gửi đến 3 tổ chức khác nhau, hãy nhập “xem mặt sau #1-#3 của biểu mẫu” này.) **Thông tin được tiết lộ và mục đích của việc tiết lộ phải giống nhau đối với mỗi tổ chức hoặc những sự cho phép riêng biệt phải được hoàn thành cho mỗi tổ chức.**
f) Nếu bệnh nhân không muốn tiết lộ thông tin nào đó, họ có thể chỉ định thông tin đó tại đây và ký tắt.
g) Nếu mẫu cho phép đang yêu cầu tiết lộ “ghi chú trị liệu tâm thần”, không được gộp mẫu này với bất kỳ mẫu cho phép tiết lộ thông tin y tế nào khác. (các mẫu cho phép tiết lộ ghi chép trị liệu tâm thần phải được tách ra khỏi các mẫu cho phép khác.)
4. Mục đích tiết lộ thông tin - bệnh nhân ký tắt mục đích tiết lộ thông tin y tế. (để tiếp tục điều trị, lập hóa đơn, cho một bản sao cá nhân, v.v.) **CHỈ nhập MỘT mục đích cho mỗi biểu mẫu.**
5. Mẫu cho phép có hiệu lực cho đến khi- nhập một ngày cụ thể hoặc sự kiện cụ thể khi bệnh nhân muốn sự cho phép hết hạn. (ví dụ về một sự kiện sẽ là “cho đến khi rời khỏi chương trình”) Nếu nhập một ngày, ngày đó **không được vượt quá một năm**. Nếu nhập một sự kiện, sự kiện này **có thể vượt quá một năm**.
6. Tiết lộ PHI (Protected Health Information, Thông tin Y tế được Bảo vệ).
a) bệnh nhân ký tắt tại đây để cho phép DPH fax PHI cho tổ chức có tên trên biểu mẫu này. Nhập số fax, nếu biết.
b) bệnh nhân ký tắt ở đây để cho phép DPH sử dụng liên lạc qua email. Nhập địa chỉ email, nếu biết.
c) bệnh nhân ký tắt tại đây để cho phép DPH gửi PHI qua thư cho tổ chức có tên trên biểu mẫu này. Nhập địa chỉ nhận thư.
7. Chữ ký/Ngày: Bệnh nhân, người giám hộ hợp pháp hoặc người đại diện cá nhân ký vào đây và điền vào ngày hoàn thành biểu mẫu.
Nhân chứng/Ngày: nhân chứng **CHỈ** ký tên và ghi ngày ở đây **nếu bệnh nhân/người đại diện cá nhân không thể ký tên hoặc ký với dấu “X”**. Tên viết in hoa: viết in hoa tên của bệnh nhân/người đại diện cá nhân ký vào biểu mẫu.
Mối quan hệ của Người đại diện Cá nhân: nếu một người nào đó không phải là bệnh nhân ký vào biểu mẫu, hãy nhập mối quan hệ của người đó với bệnh nhân.
Bệnh nhân sẽ được cung cấp một bản sao mẫu 1623-VIE-DPH đã hoàn thành. Nếu một bản sao được cung cấp cho bệnh nhân, nhân viên DPH sẽ kiểm tra xem bản sao đã được cung cấp hay chưa. Nếu bệnh nhân từ chối được cung cấp một bản sao, nhân viên DPH sẽ kiểm tra xem một bản sao đã bị từ chối chưa. Nếu bệnh nhân yêu cầu một bản sao được gửi cho họ qua đường bưu điện, nhân

viên DPH sẽ kiểm tra xem bản sao đã được gửi qua đường bưu điện chưa, sau đó sẽ gửi một bản sao cho bệnh nhân.

HIPAA yêu cầu chúng tôi cho phép bệnh nhân có cơ hội yêu cầu kiểm tra hoặc lấy bản sao thông tin y tế được bảo vệ của mình trước khi tiết lộ thông tin đó. HIPAA yêu cầu chúng tôi thông báo cho bệnh nhân rằng một khi chúng tôi tiết lộ thông tin cho một tổ chức khác, thông tin đó có thể bị người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được luật tiểu bang hoặc liên bang bảo vệ. (tổ chức nhận được thông tin có thể không “nằm trong phạm vi quản lý” của HIPAA và do đó, sẽ không được luật về quyền riêng tư của HIPAA quản lý.)

HIPAA yêu cầu chúng tôi thông tin cho bệnh nhân rằng nếu họ từ chối ký mẫu cho phép tiết lộ thông tin, chúng tôi không thể từ chối điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện nhận quyền lợi; và điều này sẽ không cản trở chúng tôi cung cấp dịch vụ điều trị cho bệnh nhân hay thu tiền đối với các dịch vụ được cung cấp. Tên của tổ chức tiết lộ hồ sơ được nhập vào ô trống đầu tiên. Một số chương trình DPH yêu cầu chúng tôi tiết lộ thông tin cần thiết cho việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc hội đủ điều kiện nhận quyền lợi trước khi ghi danh một bệnh nhân vào chương trình. Trong những trường hợp đó, hãy nhập tên chương trình vào đây.

8. Hủy bỏ mẫu cho phép này - nếu bệnh nhân muốn hủy bỏ mẫu cho phép này, họ có thể làm vậy bất kỳ lúc nào bằng cách ký tên và ghi ngày vào **mẫu cho phép ban đầu** tại đây. Mẫu cho phép bị hủy bỏ vào ngày bệnh nhân ký tên. **CHỈ** cần có chữ ký của nhân chúng **nếu bệnh nhân không thể ký hoặc ký với dấu “X”**. Ngày nhân chứng ký được nhập vào đây.
9. Mã số hồ sơ sức khỏe, tên và ngày sinh của bệnh nhân được nhập ở góc dưới cùng bên phải. Có thể sử dụng nhân bệnh nhân, nếu muốn.

TRANG HAI của Biểu mẫu:

1. Trong cột đầu tiên, hãy nhập tên/địa chỉ/thành phố/tiểu bang/mã zip nhận thông tin. Nếu cần thông tin khác, hãy nhập thông tin đó bên cạnh phần “khác”. Nếu đó là việc tiết lộ cho một tổ chức và thông tin được cung cấp trên trang đầu tiên, thì nhân viên DPH có thể tham khảo thông tin đó thay vì nhập lại.
2. Trong cột thứ hai, nhập thông tin được tiết lộ, chữ ký của người tiết lộ thông tin và ngày thông tin được tiết lộ

Office Mechanics and Filing:

This form should be filed in the comprehensive health record according to the Health Record Format located in the Health Record Policy Manual. The comprehensive health record retention schedule applies.

Nếu có các thắc mắc về cách điền hoặc sử dụng biểu mẫu này, vui lòng liên hệ với Nhân viên phụ trách Quyền riêng tư của DPH hoặc Văn phòng Pháp lý DPH.