



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806 MP97

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

MẪU ỦY QUYỀN VIỆC TIẾP NHẬN, TIẾT LỘ, HOẶC XEM XÉT THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ
(AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)

I. THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI YÊU CẦU

Họ tên Bệnh nhân: _____ Ngày sinh ____ / ____ / ____
 Địa chỉ: _____ Số An sinh Xã hội # (4 chữ số cuối) _____
 Email: _____
 Họ tên Người yêu cầu: _____ Số điện thoại #: _____

II. CÁ NHÂN/CƠ SỞ ĐƯỢC ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ:

Họ tên: _____
 a ch: _____
 in tho: _____
 Fax: _____

III. CÁ NHÂN/CƠ SỞ ĐƯỢC ỦY QUYỀN TIẾP NHẬN THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ:

Họ tên: _____ Điện thoại: _____
 Địa chỉ/ Email: _____
 Số Fax: _____
 Dành riêng cho Người được ủy quyền truy cập Cổng thông tin bệnh nhân: Ngày sinh: ____ / ____ / ____
 Quan hệ với Bệnh nhân: _____

IV. HỒ SƠ ĐƯỢC YÊU CẦU VÀ PHƯƠNG THỨC CHUYỂN GIAO

Hình thức Hồ sơ: Bằng giấy Điện tử (E-Mail/ CD – Vui lòng khoanh tròn) Chỉ có quyền xem Cổng thông tin Bệnh nhân
 Có quyền truy cập đầy đủ vào Cổng thông tin Bệnh nhân
Phương thức Chuyển giao: Thư E-Mail Tư tới lấy Fax (Chỉ dành cho Cơ sở y tế)
Mục đích tiết lộ: Bảo hiểm Pháp lý Tiếp tục Điều trị Sử dụng cho mục đích cá nhân Trường học
 Mẫu đơn theo Đạo Luật Nghi Phạm vi Lý do Gia đình hoặc Y tế /Mẫu khai Tình trạng khuyết tật Trao đổi với Bệnh nhân (Sức khỏe Hành vi) Khác (Vui lòng nêu rõ): _____
Khoảng thời gian của Hồ sơ được yêu cầu: _____ đến _____ -HOẶC- HỒ SƠ HOÀN CHỈNH (Tất cả Hồ sơ, Tất cả Ngày tháng)
Loại Hồ sơ: Tóm tắt Hồ sơ Phòng thí nghiệm Bệnh học Quang tuyến (CD) Quang tuyến (Báo cáo) Hồ sơ Trị liệu
 Ghi chú Tiến trình Tư vấn Phẫu thuật Tất cả Kết quả Xét nghiệm Chẩn đoán Khác (Vui lòng nêu rõ): _____

Có thể KHÔNG bao gồm thông tin liên quan tới (Vui lòng đánh dấu ở đầu):
 _____ HIV/AIDS _____ Sức khỏe Tâm thần _____ Lạm dụng Rượu và/hoặc Ma túy _____ Tư vấn di truyền/Thông tin xét nghiệm

Tôi hiểu rằng mẫu ủy quyền này áp dụng mở rộng cho tất cả hoặc bất kỳ phần nào của các hồ sơ được chỉ định ở trên, trong đó có thể bao gồm thông tin về tâm thần, và/hoặc tư vấn di truyền/xét nghiệm, và/hoặc lạm dụng rượu/ma túy, và/hoặc AIDS (Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải), và/hoặc có thể bao gồm kết quả xét nghiệm HIV hoặc xác nhận rằng một xét nghiệm HIV đã được thực hiện. Tôi hoàn toàn đồng ý với việc tiết lộ các thông tin theo chỉ định ở trên, trừ những thông tin được đánh dấu ở đầu như bên trên hoặc trừ khi có quy định khác của pháp luật.

Mẫu ủy quyền sẽ hết hạn vào ngày, sự kiện hoặc điều kiện sau đây: _____. Nếu tôi không thể chỉ định cụ thể một sự kiện hoặc điều kiện hết hạn, mẫu ủy quyền sẽ hết hạn trong vòng một năm. Tôi hiểu rằng mẫu ủy quyền này có thể bị thu hồi khi có thông báo bằng văn bản được gửi tới cho cơ quan lưu giữ mẫu ủy quyền gốc, ngoại trừ trường hợp hành động đó đã được nêu trong mẫu ủy quyền này. Tôi hiểu rằng Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của tôi một khi đã được sử dụng hoặc tiết lộ theo mẫu ủy quyền này có thể bị tiết lộ lại bởi người nhận thông tin và sự riêng tư của Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ của tôi có thể không còn được bảo vệ bởi pháp luật. Tôi cũng hiểu rằng Sở y tế Orlando không thể quyết định cung cấp chứng từ điều trị, thanh toán, đăng ký chương trình sức khỏe, hoặc xác nhận đủ điều kiện hưởng bảo hiểm khi cung cấp mẫu ủy quyền này. Ủy quyền cho người được ủy quyền được truy cập Cổng thông tin bệnh nhân sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi bị thu hồi. Tôi hiểu rằng mình sẽ nhận được một bản sao có chữ ký của mẫu đơn này.

Chữ ký Bệnh nhân / Người giám hộ hợp pháp: _____ Ngày tháng: _____
 Tôi muốn thu hồi ủy quyền này. Chữ ký: _____ Ngày tháng: _____

OFFICIAL USE ONLY:

Name _____ Date: _____ Releasing Information
 Number of Pages Copied: _____ ID Shown _____ Assisting with Review

INTERPRETER ONLY
(Please Print)

Name: _____ Agency: _____
 Telephone: _____ Language: _____



ORLANDO HEALTH
1414 Kuhl Ave.
Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Hướng dẫn về việc Tiếp nhận, Tiết lộ, hoặc Xem xét Thông tin Sức khỏe được Bảo vệ hoặc việc truy cập Cổng thông tin Bệnh nhân.

Quan trọng

1. Vui lòng đọc các hướng dẫn và thông tin trước khi điền và ký vào mẫu đơn.
2. **Phí:** Tiết lộ hồ sơ trực tiếp cho bệnh nhân hoặc người đại diện được ủy quyền có thể dẫn tới một khoản phí tính theo trang. Tiết lộ hồ sơ để tiếp tục điều trị sẽ không bị tính phí (người chăm sóc đến người chăm sóc).
3. **Mẫu đơn không hoàn thiện:** có thể sẽ bị chậm xử lý nếu trong mẫu đơn không có đầy đủ các thông tin bắt buộc. Các mẫu đơn không hoàn thiện có thể sẽ không được chấp nhận.

Hướng dẫn:

Các thông tin dưới đây sẽ giúp bạn điền thông tin cho các phần bắt buộc trong mẫu đơn. Vui lòng đánh máy hoặc in ra một cách rõ ràng và đầy đủ nhất có thể.

- **Phần I:** Điền thông tin bệnh nhân và tên cũng như số điện thoại liên lạc của người yêu cầu.
- **Phần II:** Điền thông tin về người, người chăm sóc, hoặc cơ sở y tế chịu trách nhiệm tiết lộ hồ sơ y tế.
- **Phần III:** Điền tên người hoặc cơ sở y tế sẽ tiếp nhận hồ sơ được tiết lộ.
 - **Người quản lý gia đình:** Nếu chăm sóc một thành viên trong gia đình hoặc một người mà bạn phải chịu trách nhiệm, một Người quản lý gia đình ủy quyền cho một cá nhân truy cập vào tài khoản Theo dõi sức khỏe của bệnh nhân.
 - Vui lòng ghi rõ Ngày sinh và Quan hệ với bệnh nhân của người tiếp nhận quyền truy cập tài khoản cổng thông tin của bệnh nhân.
- **Phần IV:** Các tùy chọn về hình thức hồ sơ, phương thức chuyển giao (tự tới lấy, thư, email, fax), mục đích tiết lộ, khoảng thời gian của hồ sơ và loại hồ sơ.

Người quản lý gia đình – Thông tin bổ sung

- **Cá nhân được ủy quyền đại diện cho trẻ nhỏ (0-10 tuổi):** Cấp độ truy cập này luôn là Truy cập đầy đủ. Quyền truy cập này cho phép phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp truy cập thông tin y tế của đứa trẻ.
- **Cá nhân được ủy quyền đại diện cho trẻ vị thành niên (11-17 tuổi):** Quyền truy cập này bị hạn chế ở mọi cấp độ. Một khi đứa trẻ bước sang độ tuổi vị thành niên, các thông tin cập nhật hồ sơ sức khỏe sẽ không được nhập vào tài khoản Theo dõi sức khỏe của đứa trẻ đó nữa.
- **Cá nhân được ủy quyền đại diện cho người trưởng thành (từ 18 tuổi trở lên):** Cấp độ này cho phép vợ/ chồng, con cái đã trưởng thành & các cá nhân khác có quyền truy cập vào tài khoản cổng thông tin của bệnh nhân trưởng thành. Đây có thể là quyền **Truy cập đầy đủ** hoặc quyền **Chỉ được đọc** tùy theo hướng dẫn của người ủy quyền truy cập.
- **Truy cập đầy đủ:** Truy cập toàn bộ các chức năng trong tài khoản bệnh nhân.
- **Chỉ được đọc:** Cá nhân được ủy quyền chỉ có thể xem tài khoản bệnh nhân nhưng không thể thay mặt bệnh nhân để điều chỉnh bất kỳ thông tin nào hoặc sử dụng thành phần thông điệp của cổng thông tin bệnh nhân.

Hỏi đáp

Để biết thêm thông tin về hoạt động của đội ngũ bác sĩ tại Bệnh viện Orlando Health, vui lòng gọi: (321) 841-3064
Để biết thêm thông tin về các cơ sở bệnh viện tại Bệnh viện Orlando Health, vui lòng gọi: (321) 841-5450
Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập website của chúng tôi tại: www.orlandohealth.com/medicalrecords

OFFICIAL USE ONLY: IN-HOUSE COPIES

Name of Team Member delivering Records to Patient: _____

Patient Signature: _____ Date: _____