



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

BỆNH NHÂN YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (HỒ SƠ Y TẾ) PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

THÔNG TIN BỆNH NHÂN:			
Tên:		Chữ tắt tên đệm:	Họ:
Ngày sinh:	Điện thoại:		E-Mail:
Địa chỉ:		Thành phố:	Tiểu bang: Mã Zip:
QUÝ VỊ YÊU CẦU CUNG CẤP HỒ SƠ TỪ Đâu?			
BỆNH VIỆN (đánh dấu các ô thích hợp) <input type="checkbox"/> Bệnh Viện Arnold Palmer <input type="checkbox"/> Trung tâm Y tế Khu vực Orlando <input type="checkbox"/> Bayfront Health <input type="checkbox"/> Bệnh viện South Lake <input type="checkbox"/> Bệnh viện Dr. P. Phillips <input type="checkbox"/> Bệnh viện South Seminole <input type="checkbox"/> Bệnh viện Health Central <input type="checkbox"/> Bệnh viện St. Cloud <input type="checkbox"/> Bệnh viện Horizon West <input type="checkbox"/> Bệnh viện Winnie Palmer		CHUYÊN KHOA BÁC SĨ (ghi thông tin) Chuyên khoa / Tên Nhà cung cấp: Địa chỉ: Điện thoại/Fax:	
Khác (ghi tên và địa chỉ cơ sở Y tế Orlando):			
QUÝ VỊ CẦN GỬI HỒ SƠ CHO AI?			
Orlando Health cần gửi hồ sơ của tôi đến: <input type="checkbox"/> Tôi -HOẶC- <input type="checkbox"/> Đại diện Cá nhân -HOẶC- <input type="checkbox"/> Bên thứ ba (nêu dưới đây)			
Tên Người nhận (nếu không phải bản thân tôi):		Điện thoại:	
		Fax (Chỉ các Cơ sở Y tế):	
Địa chỉ Gửi thư hoặc Email của Người nhận:			
QUÝ VỊ YÊU CẦU CUNG CẤP HỒ SƠ NÀO?			
(Những) Ngày Cung cấp Dịch vụ: _____/_____/_____ cho đến _____/_____/_____			
<input type="checkbox"/> Tóm tắt (Tất cả Ghi chú & Kết quả Chẩn đoán)	<input type="checkbox"/> Tiểu sử và Ghi chú Thể chất	<input type="checkbox"/> Kết quả Phòng thí nghiệm	
<input type="checkbox"/> Ghi chú Tư vấn	<input type="checkbox"/> Ghi chú Tiến triển	<input type="checkbox"/> Kết quả Giải phẫu bệnh	
<input type="checkbox"/> Tóm tắt Xuất viện	<input type="checkbox"/> Ghi chú Phẫu thuật/Làm thủ thuật	<input type="checkbox"/> Báo cáo chụp quang tuyến X (CT, MRI, X-Ray, v.v.)	
<input type="checkbox"/> Ghi chú Phòng cấp cứu	<input type="checkbox"/> Ghi chú Trị liệu	<input type="checkbox"/> Hình ảnh chụp quang tuyến X (DICOM - CD/DVD)	
<input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ): _____			
Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ nêu trên có thể bao gồm sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện (ví dụ: ma túy, rượu) thông tin tình trạng HIV/AIDS, hồ sơ chẩn đoán và điều trị.			
QUÝ VỊ MUỐN HỒ SƠ ĐƯỢC CHUYỂN ĐẾN QUÝ VỊ NHƯ THẾ NÀO?			
Gửi Điện tử: <input type="checkbox"/> MyChart (Cổng thông tin Bệnh nhân) <input type="checkbox"/> Thư điện tử An toàn (được mã hóa, giới hạn kích thước) <input type="checkbox"/> Fax (Chỉ các Cơ sở Y tế)		Gửi Thư: <input type="checkbox"/> Giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD)	
		Trực tiếp Đến lấy: <input type="checkbox"/> Giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD) Địa điểm ghé đến lấy được liệt kê tại: www.orlandohealth.com/medicalrecords	
VUI LÒNG VIẾT IN HOA TÊN CỦA QUÝ VỊ VÀ KÝ TÊN BÊN DƯỚI			
Tên của Bệnh nhân hoặc Người Giám hộ/Đại diện Cá nhân (vui lòng viết in hoa):		Quan hệ với Bệnh Nhân (vui lòng viết in hoa):	
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người Giám hộ/Đại diện Cá nhân:		Ngày/Thời gian:	Ngày Hết hạn (tùy chọn):
GỬI BIỂU MẪU ĐÃ ĐIỀN ĐẦY THỦ THÔNG TIN TỚI:			
Thư tín: 3090 Caruso Ct, Suite 50 MP69, Orlando, FL 32806		Fax: (321) 843-6411	
Địa chỉ ghé đến trực tiếp được liệt kê tại www.orlandohealth.com/medicalrecords		E-Mail: medicalrecords@orlandohealth.com	



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

BỆNH NHÂN YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (HỒ SƠ Y TẾ)
PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

GIẢI THÍCH VỀ BIỂU MẪU

Các luật và quy định đòi hỏi rằng một số nguồn thông tin cá nhân phải có giấy ủy quyền đã ký hoặc đơn cho phép trước khi công khai. Ngoài ra, một số luật yêu cầu việc ủy quyền cụ thể để phát hành các thông tin về một số bệnh trạng nhất định và từ các nguồn giáo dục.

Bằng cách ký vào biểu mẫu này:

- Quý vị hiểu rằng cho phép này áp dụng cho tất cả hoặc bất kỳ phần nào của hồ sơ được chỉ định ở trên, có thể bao gồm thông tin sức khỏe tâm thần và/hoặc tư vấn/xét nghiệm di truyền 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 thực tế là xét nghiệm HIV đã được thực hiện. Quý vị đã đồng ý rõ ràng với việc tiết lộ thông tin này như được chỉ định ở trên hoặc theo yêu cầu của pháp luật.
- Quý vị hiểu rằng cho phép này sẽ hết hạn vào ngày được chỉ định tại phần Ngày Hết hạn. Nếu quý vị không chỉ rõ sự kiện hoặc điều kiện hết hạn, cho phép này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.
- Quý vị hiểu rằng cho phép này có thể được thu hồi khi có thông báo bằng văn bản cho văn phòng nơi lưu giữ cho phép ban đầu, ngoại trừ những hành động đã được thực hiện đối với cho phép này.
- Quý vị hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị được sử dụng hoặc tiết lộ theo cho phép này có thể bị người nhận tiết lộ lại và quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị có thể không còn được pháp luật bảo vệ.
- Quý vị cũng hiểu rằng Orlando Health không được đặt điều kiện để cung cấp điều trị, thanh toán, ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế hoặc đủ điều kiện nhận các quyền lợi đối với việc cung cấp giấy cho phép này.
- Quý vị hiểu rằng quý vị sẽ nhận được một bản sao có chữ ký của biểu mẫu này nếu đã yêu cầu.
- Quý vị hiểu rằng quý vị có thể bị tính phí khi yêu cầu cung cấp một bản sao hồ sơ y tế của mình theo sự cho phép của Luật Florida. Lệ phí được liệt kê trên trang web của chúng tôi, các địa điểm ghé đến nhận hồ sơ y tế trực tiếp hoặc gọi cho chúng tôi.

Quản lý Thông tin Sức khỏe - Tiết lộ Thông tin
Web Site: www.orlandohealth.com/medicalrecords
Điện thoại: (321) 841-4449

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)

QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____