West Jefferson Medical Center
LCMC Health

AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (VIETNAMESE)

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

Thông tin bệnh nhân (vui lòng ghi CHỮ IN)

Tên:	Họ:	
Chữ đầu tên đệm:	Ngày sinh: _____ /_____ /_____ (MM/DD/YYYY)	
Địa chỉ đường:		
Thành phố:	Bang:	Mã vùng:
Số điện thoại nhà riêng: ( )	Số điện thoại di động: ( )	
Địa chỉ email (không bắt buộc):		

Tôi ủy quyền cho (chọn MỘT):	Địa chỉ:	Số điện thoại:	(504) 349-2137
❑ West Jefferson Medical Center (WJMC)	*Gửi đến:*	Số fax:	(504) 349-2485
❑ WJMC Clinics	*Chia sẻ thông tin*		
Tên bác sĩ: _____	*1101 Medical Center*	Địa chỉ email:	
Tên phòng khám: _____	*Blvd. Marrero, LA 70072*	WJMedicalRecords@lcmchealth.org	

Để (chọn MỘT): ❑ Để nhận thông tin từ: ❑ Để chia sẻ thông tin tới: ❑ Tôi - xem thông tin phía trên ❑ Thông qua cổng thông tin bệnh nhân

Tên:		
Địa chỉ đường:		
Thành phố:	Bang:	Mã vùng:
Số điện thoại: ( )	Số fax: ( )	

Các thông tin y tế được sử dụng hoặc được tiết lộ theo ủy quyền dưới đây:

Ngày khám:	Ngày bắt đầu:	Ngày kết thúc:

❑ Bản tóm tắt	❑ Hồ sơ sức khỏe hoàn thiện	❑ Hóa đơn ghi rõ từng khoản	❑ Tiến độ/Ghi chú của phòng khám
❑ AVS - Tổng kết bệnh án sau thăm khám	❑ Tổng kết bệnh án khi xuất viện	❑ Hồ sơ chủng ngừa	❑ Báo cáo X quang
❑ Báo cáo khám nghiệm tử thi	❑ Hồ sơ phòng cấp cứu	❑ Báo cáo hoạt động	❑ Phim/Ảnh X quang
❑ Báo cáo tim mạch	❑ Bệnh sử và Thể chất	❑ Báo cáo bệnh lý / Phòng thí nghiệm	
❑ Khác:			

Thông tin dưới đây sẽ **KHÔNG** được tiết lộ trừ khi bạn ủy quyền cụ thể bằng cách ký nháy vào các mục dưới đây:			
Kết quả xét nghiệm AIDS hoặc HIV:		Thông tin sức khỏe hành vi:	
Điều trị lạm dụng rượu/chất gây nghiện:		Xét nghiệm di truyền:	

Mục đích sử dụng và/hoặc tiết lộ (chọn MỘT): *(Mục "Yêu cầu tùy chỉnh" là dành cho bệnh nhân tự điều chỉnh các yêu cầu của mình)*

❑ Tiếp tục dịch vụ chăm sóc ❑ Pháp lý ❑ Bảo hiểm ❑ Yêu cầu tùy chỉnh ❑ Khác:

Cam kết:

- Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại ủy quyền bằng văn bản bất cứ lúc nào ngoại trừ việc rút lại ủy quyền đang bị ràng buộc bởi văn bản ủy quyền này. Việc rút lại ủy quyền này phải được thực hiện bằng văn bản và được trình hoặc gửi tới địa chỉ như được nêu phía trên của Phòng Quản lý Thông tin Y tế.
- Tôi hiểu rằng văn bản ủy quyền này sẽ hết hạn trong ***một năm kể từ ngày*** được ký kết trừ khi tôi chọn một ngày khác: _____; hoặc bất kỳ thời điểm nào trong hai thời điểm trên tới trước.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không ký vào văn bản này, dịch vụ chăm sóc y tế và việc thanh toán dịch vụ y tế của tôi sẽ không bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu rằng việc ký vào văn bản này là tự nguyện. LCMC Health không có thẩm quyền điều trị, thanh toán, đăng ký các kế hoạch y tế, hoặc đủ điều kiện nhận trợ cấp khi tôi ký hoặc từ chối ký ủy quyền này, ngoại trừ trong một số trường hợp cụ thể.
- Tôi hiểu rằng khi LCMC Health tiết lộ thông tin y tế cá nhân của tôi cho một người nhận nào đó, LCMC Health không đảm bảo rằng người nhận thông tin sẽ không tiết lộ thông tin y tế cá nhân của tôi cho một bên thứ ba nào khác nữa. Bên thứ ba có thể không bị ràng buộc tuân thủ theo Ủy quyền này hoặc theo luật liên bang và tiểu bang hiện hành quy định về việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế cá nhân của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể kiểm tra hoặc sao chép thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo quy định tại điều 42 CFR 164.524
- Tôi hiểu rằng sẽ có một khoản phí dành cho bản sao và các hồ sơ cung cấp trên phương tiện điện tử theo luật của bang Louisiana, trừ khi bản sao đó được gửi trực tiếp cho một bên cung cấp dịch vụ y tế khác.
- Tôi hiểu rằng hồ sơ có thể không hoàn thiện, nếu đó là một cuộc thăm khám diễn ra gần đây, tài liệu có thể được bổ sung thêm sau khi nộp.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc Người đại diện theo pháp luật:	Ngày:
Tên được ghi theo chữ in của Bệnh nhân hoặc Người đại diện theo pháp luật:	Quan hệ với Bệnh nhân:
Đại diện có thẩm quyền của Bệnh nhân: ***(Đính kèm tài liệu hỗ trợ)***	

West Jefferson Medical Center
LCMC Health

IMPORTANT INFORMATION ABOUT COMPLETING THE AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (VIETNAMESE)

THÔNG BÁO CHO BỆNH NHÂN:
Vui lòng đọc thông báo này cẩn thận và làm theo các hướng dẫn để hoàn thành ủy quyền cho phép tiết lộ hồ sơ y tế.

Thông tin liên hệ Phòng quản lý thông tin y tế (HIM):

West Jefferson Medical Center / Clinics Attention: Release of Information 1101 Medical Center Blvd. Marrero, LA 70072	Số điện thoại:	(504) 349-2137 or (504) 349-1253
	Số fax:	(504) 349-2485
	Địa chỉ email:	WJMedicalRecords@lcmchealth.org

Hướng dẫn Hoàn thành Ủy quyền:

1. Hoàn thành tất cả các mục trong "ỦY QUYỀN TIẾT LỘ HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN Y TẾ BẢO MẬT" của mẫu đơn. Mẫu đơn chưa được hoàn thành sẽ không được chấp nhận (bắt buộc theo Nguyên tắc liên bang đối với HIPAA).
2. Mẫu đơn phải được bệnh nhân hoặc người ủy quyền của bệnh nhân hoàn thành, với các thông tin phù hợp.
3. Nếu bệnh nhân qua đời trong khi giấy ủy quyền tại cơ sở này vẫn còn hiệu lực, nếu bạn là người thân của bệnh nhân, vui lòng nộp lại một bản sao giấy báo tử.
4. Vui lòng gửi mẫu (thư, fax hoặc email) Văn bản ủy quyền hoàn thiện cho phép tiết lộ thông tin y tế bảo mật TỚI địa chỉ phù hợp như được nêu ở phía trên.
5. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào liên quan tới việc tiết lộ thông tin y tế, vui lòng liên hệ PHÒNG QUẢN LÝ THÔNG TIN Y TẾ tại địa chỉ như được nêu ở phía trên.

Các thông tin quan trọng về Ủy quyền:

Văn bản ủy quyền này sẽ chấm dứt vào ngày được chỉ định rõ trong Ủy quyền hoặc khi bệnh nhân có văn bản thu hồi

Theo khối lượng công việc, LCMC Health ký kết hợp đồng với một nhà cung cấp bên thứ 3 để hỗ trợ giải quyết các yêu cầu về Hồ sơ Y tế. Tập đoàn MRO

- Phí Dịch vụ:
  Giấy 10 mỗi trang cộng với thuế và bưu chính
  Điện tử 10 mỗi trang
- Giao hàng điện tử hoặc CD:
  Phí cố định $6,50

This form is NOT part of the Legal Medical Record