OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

# Giấy ủy quyền HIPAA về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ

**Quan trọng**

Biểu mẫu HIPAA này cho phép tiết lộ hồ sơ điều trị y tế chung, nha khoa và sức khỏe hành vi, hồ sơ thanh toán và thông tin sức khỏe khác theo yêu cầu dưới đây. Vui lòng hoàn thành tất cả các phần áp dụng của biểu mẫu Giấy ủy quyền HIPAA này.

Nếu các phần không đầy đủ hoặc không nhất quán, biểu mẫu có thể không được chấp nhận. Nếu biểu mẫu này đã hết hạn hoặc bị thu hồi, không được sử dụng biểu mẫu.

**Không bao gồm ghi chú trị liệu tâm lý. Hãy dùng Giấy ủy quyền Ghi chú Trị liệu Tâm lý riêng của Opsam Health cho các ghi chú trị liệu tâm lý.**

## 1. Thông tin bệnh nhân

Họ và tên: _____

Ngày sinh: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____

## 2. Nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức được ủy quyền TIẾT LỘ/GỬI thông tin

☐ Opsam Health

☐ Nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức khác được liệt kê dưới đây

Tên nhà cung cấp dịch vụ/tổ chức tiết lộ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax hoặc email bảo mật: _____

## 3. Người hoặc tổ chức được ủy quyền NHẬN thông tin

☐ Opsam Health

☐ Nhà cung cấp dịch vụ hoặc tổ chức khác được liệt kê dưới đây

Tên người nhận: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Fax hoặc email bảo mật: _____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

## 4. Mục đích yêu cầu

Việc sử dụng hoặc tiết lộ nhằm mục đích cụ thể được đánh dấu và mô tả dưới đây:

- ☐ Theo yêu cầu của cá nhân
- ☐ Cho điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe
- ☐ Quản lý bảo hiểm, thanh toán hoặc quyền lợi
- ☐ Vấn đề pháp lý. Mô tả vấn đề và việc sử dụng của người nhận bên dưới.
- ☐ Khác: _____

Mục đích cụ thể và việc sử dụng/giới hạn của người nhận:

_____

Giới hạn bổ sung do bệnh nhân yêu cầu:

_____

## 5. Hồ sơ chung được tiết lộ và ngày dịch vụ

Xác định khoảng thời gian của hồ sơ được yêu cầu:
*(Chỉ đánh dấu các hồ sơ có thể được tiết lộ)*
Toàn bộ hồ sơ y tế và thanh toán trong khoảng ngày nêu trên, ngoại trừ hồ sơ bị loại trừ theo pháp luật và các loại thông tin nhạy cảm chưa được cho phép cụ thể tại Mục 6
Ghi chú khám bệnh, tiền sử và khám thể chất, ghi chú tiến triển, đánh giá và kế hoạch chăm sóc

- ☐Toàn bộ hồ sơ y tế và thanh toán trong khoảng ngày nêu trên, ngoại trừ hồ sơ bị loại trừ
- ☐Toàn bộ hồ sơ y tế và thanh toán trong khoảng ngày nêu trên, ngoại trừ hồ sơ bị loại trừ theo pháp luật và các loại thông tin nhạy cảm chưa được cho phép cụ thể tại Mục 6
- ☐Ghi chú khám bệnh, tiền sử và khám thể chất, ghi chú tiến triển, đánh giá và kế hoạch chăm sóc
- ☐Hồ sơ nha khoa
- ☐Hồ sơ điều trị sức khỏe hành vi, không bao gồm ghi chú trị liệu tâm l
- ☐Danh sách thuốc và lịch sử dùng thuốc
- ☐Kết quả xét nghiệm
- ☐Chẩn đoán hình ảnh, nghiên cứu chẩn đoán và báo cáo
- ☐Hồ sơ chủng ngừa
- ☐Giới thiệu, ghi chú tư vấn và hồ sơ điều phối chăm sóc
- ☐Hồ sơ thanh toán, yêu cầu bồi hoàn, khoản thanh toán hoặc điều kiện hội
- ☐Hồ sơ cụ thể khác: _____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

## 6. Hồ sơ nhạy cảm — Cần giấy ủy quyền cụ thể

Tôi hiểu rằng các loại thông tin này có thể được bảo vệ bổ sung theo luật liên bang hoặc California.

Opsam Health sẽ không tiết lộ một danh mục thông tin nhạy cảm, trừ khi ô tương ứng được đánh dấu và ghi chữ cái đầu tên ở dưới đây, hoặc pháp luật cho phép hay yêu cầu tiết lộ theo cách khác.

Bằng việc đánh dấu và ghi chữ cái đầu tên vào (các) ô dưới đây, tôi đồng ý rằng tôi cho phép tiết lộ các hồ sơ được nêu.

Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên và hồ sơ liên quan đến các dịch vụ mà trẻ có thể hợp pháp tự đồng ý, trẻ vị thành niên có thể phải ký giấy ủy quyền này.

| **Chữ ký tắt** | **Loại thông tin:** |
|---|---|
| _____ | ☐Kết quả xét nghiệm HIV. Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ kết quả xét nghiệm HIV. |
| _____ | ☐Hồ sơ nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục hoặc bệnh truyền nhiễm. |
| _____ | ☐Hồ sơ xét nghiệm di truyền. |
| _____ | ☐Hồ sơ điều trị sức khỏe tâm thần, không bao gồm ghi chú tâm lý trị liệu. |
| _____ | ☐Hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất, bao gồm hồ sơ được bảo vệ theo 42 CFR Part 2. |
| _____ | ☐Hồ sơ thuốc điều trị rối loạn sử dụng opioid hoặc điều trị có hỗ trợ bằng thuốc. |
| _____ | ☐Hồ sơ sức khỏe sinh sản hoặc tình dục, bao gồm tránh thai, khả năng sinh sản, thai kỳ, phá thai hoặc dịch vụ liên quan đến phá thai. |
| _____ | ☐Hồ sơ chăm sóc khẳng định giới. |
| _____ | ☐Hồ sơ liên quan đến tấn công tình dục hoặc bạo lực bạn tình. |
| _____ | ☐Hồ sơ dịch vụ do trẻ vị thành niên tự đồng ý, chỉ khi có chữ ký của trẻ hoặc được pháp luật cho phép theo cách khác. |
| _____ | ☐Hồ sơ nhạy cảm khác được mô tả cụ thể tại đây: _____ |

## 7. Hết hạn

Giấy ủy quyền tại California phải có ngày hết hạn cụ thể. Nếu để trống ngày hết hạn, Opsam Health có thể coi giấy ủy quyền là không đầy đủ hoặc, chỉ khi pháp luật cho phép, coi giấy ủy quyền hết hạn 12 tháng sau ngày ký.

Trừ khi bệnh nhân thu hồi hoặc pháp luật cho phép ngày hết hạn muộn hơn, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày được ghi dưới đây hoặc 12 tháng kể từ ngày ký, tùy thời điểm nào đến trước.

**Ngày hết hạn của giấy ủy quyền này:**
*(Ví dụ: MM/DD/YYYY.)*

_____

Nếu quá một năm, lý do hoặc yêu cầu riêng của bệnh nhân:

_____

## 8. Vui lòng đọc trước khi ký

- Tôi cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe có thể nhận dạng cá nhân của mình như mô tả trong giấy ủy quyền này.
- Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này là tự nguyện và Opsam Health không được đặt điều kiện về điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc điều kiện nhận quyền lợi dựa trên việc tôi có ký giấy ủy quyền này hay không, trừ khi và trong phạm vi pháp luật cho phép.
- Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Opsam Health Medical Records tại 637 3rd Avenue Suite E1, Chula Vista, CA, 91910, fax đến (619)-474-4008, email đến medicalrec@opsam.org hoặc địa điểm trên cổng thông tin do Opsam Health chỉ định. Việc thu hồi không ảnh hưởng đến các tiết lộ đã được thực hiện dựa trên giấy ủy quyền này trước khi nhận được yêu cầu thu hồi.
- Theo luật California, người nhận thông tin y tế theo giấy ủy quyền này có thể bị cấm tiết lộ lại thông tin, trừ khi có giấy ủy quyền bằng văn bản của tôi hoặc pháp luật yêu cầu hay cho phép cụ thể.
- Nếu người nhận không phải là chương trình bảo hiểm sức khỏe, trung tâm thanh toán bù trừ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chịu sự điều chỉnh của HIPAA, thông tin được tiết lộ có thể không còn được bảo vệ theo quy tắc quyền riêng tư HIPAA của liên bang. Các luật khác của liên bang hoặc California về quyền riêng tư vẫn có thể áp dụng.
- Tôi có quyền nhận một bản sao giấy ủy quyền đã ký này. Nếu Opsam Health yêu cầu bản sao giấy ủy quyền này để sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi, tôi sẽ

nhận một bản sao giấy ủy quyền đã ký và hướng dẫn để nhận thêm bản giấy hoặc bản kỹ thuật số.

- Chỉ có thể thu phí sao chép, bưu phí hoặc phương tiện điện tử hợp lý trong phạm vi pháp luật hiện hành cho phép.
- Nếu thiếu bất kỳ yếu tố bắt buộc nào, đã hết hạn, được biết là sai hoặc không phù hợp với việc tiết lộ được yêu cầu, Opsam Health có thể coi giấy ủy quyền là không hợp lệ.

**9. Chữ ký**

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc giấy ủy quyền này hoặc đã được giải thích, tôi hiểu giấy ủy quyền và cho phép sử dụng hoặc tiết lộ thông tin mô tả ở trên.

Họ tên bệnh nhân viết rõ: _____

Ngày sinh: _____

Ngày ký: _____

Điện thoại: _____

Chữ ký bệnh nhân: _____

**Nếu người ký không phải là bệnh nhân:**

☐ Cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

☐ Người bảo hộ do tòa án chỉ định

☐ Người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người đại diện cá nhân

☐ Khác: _____

Mô tả thẩm quyền pháp lý để ký: _____

Đã xem xét tài liệu chứng minh thẩm quyền, nếu áp dụng:_____

Chữ ký người đại diện hợp pháp, nếu áp dụng: _____

Ngày ký: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

**For Opsam Health Use Only - *Not Part of Patient Authorization***

☐ Patient identity verified

☐ Legal representative authority reviewed, if applicable

☐ Sensitive-content restrictions reviewed before disclosure

☐ Copy of signed authorization provided or instructions for copy access provided

Staff name: _____ Date received: _____ Date completed: _____