

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc.
Corporate Offices
Attention: Medical Records Clerk
801 E. Katella Avenue
Anaheim, CA 92805
714-633-6373 (Main)

YÊU CẦU CUNG CẤP BẢN SAO/CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên bệnh nhân: _____

Ngày tháng năm sinh: _____ SSN: _____ MR#: _____

Địa chỉ của bệnh nhân: _____

Số điện thoại: _____

ĐỂ YÊU CẦU PPOSBC CUNG CẤP HỒ SƠ

THEO ĐÂY, TÔI CHO PHÉP PLANNED PARENTHOOD ORANGE AND SAN BERNARDINO COUNTIES TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO:

TÊN: _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP: _____

ĐIỆN THOẠI: _____ FAX: _____

ĐỀ YÊU CẦU HỒ SƠ TỪ CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ KHÁC

THEO ĐÂY, TÔI CHO PHÉP (CƠ SỞ CUNG CẤP DỊCH VỤ): _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ TIỂU BANG: _____ ZIP: _____

ĐIỆN THOẠI: _____ FAX: _____

Tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties
Attention: Medical Records Clerk
801 E. Katella Ave.
Anaheim, CA 92805

THÔNG TIN SỨC KHỎE SẼ ĐƯỢC TIẾT LỘ:

Tôi cụ thể cho phép tiết lộ hoặc nhận thông tin sau đây:

Đánh dấu các ô thích hợp cho mỗi hạng mục mà quý vị cho phép tiết lộ:

(Các ngày cụ thể cho mỗi xét nghiệm yêu cầu – bao gồm

HIV: ↓)

Ngày/Phạm Vi Ngày

- Báo cáo kết quả siêu âm/Hình chụp siêu âm _____
- Hồ sơ kết quả xét nghiệm dò tìm ung thư cổ tử cung _____
- Ghi chép về tiến độ điều trị _____
- Tờ kết quả xét nghiệm (vui lòng ghi rõ kết quả xét nghiệm nào) _____
- * Thông tin liên quan đến HIV (xét nghiệm liên quan đến AIDS) _____
- Hồ sơ sức khỏe tâm thần/hành vi _____
- Hồ sơ chủng ngừa (vui lòng ghi rõ hồ sơ nào) _____
- Khác (vui lòng ghi rõ): _____

* Nếu quý vị yêu cầu hơn một xét nghiệm HIV, quý vị phải ghi từng ngày của mỗi lần xét nghiệm HIV.

Tôi đề nghị gửi hồ sơ y khoa của tôi theo định dạng sau đây:

Gửi qua đường bưu điện các bản sao in ra giấy tới:

Cùng một địa chỉ ở trên

Địa chỉ khác: _____

E-mail* (có mật khẩu bảo vệ) tới địa chỉ email sau đây:

* Vui lòng lưu ý có các rủi ro khi sử dụng email để gửi hồ sơ sức khỏe của quý vị. Email có thể không đáng tin cậy, bảo mật, hoặc giữ kín đáo. Ngoài các rủi ro khác, email còn có thể bị xâm phạm, gửi sai địa chỉ, và bất kỳ ai có thể truy cập tài khoản email sẽ có thể xem tất cả các thư trong tài khoản đó. Khi yêu cầu gửi thông tin của quý vị cho quý vị hoặc người khác qua email, quý vị xác nhận và đồng ý với các rủi ro khi truyền gửi và nhận thông tin của quý vị qua email.

Fax tới số fax sau đây: _____

Khác: _____

Tôi cho phép việc này vì mục đích sau đây:

Theo yêu cầu của tôi, HOẶC

Ghi rõ (các) lý do khác: _____

CÁC ĐIỀU KIỆN CHO PHÉP

1. Sự Cho Phép này sẽ hết hạn vào ngày tròn một năm kể từ ngày tôi ký tên dưới đây, hoặc ngày sau đây (ghi ngày): _____.
2. Tôi có thể hủy bỏ sự Cho Phép này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties, và sự cho phép đó bắt đầu có hiệu lực vào ngày thông báo, trừ những gì Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties đã làm dựa trên sự Cho Phép đó.
3. Thông tin sử dụng hoặc tiết lộ theo sự Cho Phép này có thể được người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ theo các quy chế về bảo vệ thông tin riêng tư của Liên Bang.
4. Qua việc cho phép tiết lộ thông tin này, việc chăm sóc sức khỏe và chi trả cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký giấy Cho Phép này.
5. Tôi đã nhận được một bản sao của giấy Cho Phép đã ký này.

➤ **Vui lòng lưu ý: nếu quý vị yêu cầu hồ sơ của quý vị qua mạng, PPOSBC sẽ yêu cầu cung cấp bằng chứng danh tính của quý vị để xem xét yêu cầu của quý vị. Vui lòng gửi kèm theo với yêu cầu này một bản sao giấy tờ nhận dạng có hình hợp lệ và cập nhật nhất của quý vị (Bằng lái xe, thẻ căn cước do tiểu bang cấp, thẻ học sinh/thẻ nhân viên trường học, giấy tờ nhận dạng có hình khác). PPOSBC sẽ xem xét yêu cầu và bằng chứng danh tính của quý vị.**

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN _____ **NGÀY** _____

FOR OFFICE USE ONLY (CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG)

DATE OF REQUEST : _____ **BY (print staff name) :** _____

BY (print manager name): _____

PATIENT ID PRESENTED: _____

TYPE OF ID: _____