

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc.
Corporate Offices
Attention: Medical Records Clerk
700 S. Tustin St.
Orange, CA 92866
714-633-6373 (Main)

MẪU CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên Bệnh Nhân: _____
Ngày Sinh: _____ Số An Sinh Xã Hội: _____ Số HSYT: _____
Địa Chỉ của Bệnh Nhân: _____

Điện Thoại Ban Ngày: _____ Điện Thoại Buổi Tối: _____

➤ **Xin Lưu Ý: Nếu quý vị đang yêu cầu hồ sơ của mình từ xa, PPOSBC sẽ yêu cầu bằng chứng nhận dạng của quý vị để xem xét yêu cầu của quý vị. Vui lòng gửi kèm theo yêu cầu này, bản sao của nhận dạng có ảnh hợp lệ và hiện tại của quý vị (Bằng Lái Xe, ID Bang, ID Trường Học, nhận dạng có ảnh khác). PPOSBC sẽ xem xét yêu cầu của quý vị và bằng chứng nhận dạng.**

Để cho phép Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties tiết lộ thông tin sức khỏe cho bản thân quý vị, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoặc bên thứ ba khác, hãy hoàn thành các phần sau:

TÔI THEO ĐÂY 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: _____

Để cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties, hãy hoàn thành các phần sau:

TÔI THEO ĐÂY CHO PHÉP (TÊN): _____

ĐỊA CHỈ: _____

THÀNH PHỐ: _____ **TIỂU BANG:** _____ **ZIP:** _____

ĐIỆN THOẠI: _____ **FAX:** _____

Để tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties
Attention: Medical Records Clerk
700 S. Tustin St.
Orange, CA 92866

THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC TIẾT LỘ:

Tôi đặc biệt cho phép tiết lộ hoặc nhận thông tin sau.

Đánh dấu vào (các) ô bên dưới cho từng loại quý vị cho phép:

(Ngày Cụ Thể cho mỗi xét nghiệm bắt buộc —bao gồm HIV:↓)

Ngày/Phạm Vi Ngày

- Báo cáo siêu âm/Tạo ảnh _____
- Hồ sơ ung thư cổ tử cung _____
- Ghi chú tiến độ _____
- Thông tin liên quan đến *HIV (Xét nghiệm liên quan đến AIDS)** _____
- Hồ sơ phòng thí nghiệm (vui lòng chỉ rõ báo cáo Phòng Thí Nghiệm nào) _____
- Hồ sơ chủng ngừa (vui lòng chỉ rõ chủng ngừa nào) _____
- Khác (vui lòng chỉ rõ): _____

**Nếu quý vị yêu cầu có nhiều hơn một xét nghiệm HIV, quý vị phải liệt kê ra từng ngày xét nghiệm HIV.*

Sự Cho Phép này được tạo ra vì mục đích sau:

- Theo yêu cầu của tôi, HOẶC
- Chỉ ra (các) lý do khác: _____

ĐIỀU KIỆN CHO PHÉP

1. Sự Cho Phép này sẽ hết hạn vào thời điểm tròn một năm của ngày tôi ký bên dưới, hoặc ngày sau đây (điền ngày): _____.
2. Tôi có thể thu hồi Sự Cho Phép này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties bằng văn bản, và sẽ có hiệu lực vào ngày được thông báo ngoại trừ phạm vi mà Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties đã thi hành với Sự Cho Phép này.
3. Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo Sự Cho Phép này có thể được tiết lộ lại bởi người nhận và không còn được bảo vệ bởi các quy định về quyền riêng tư của Liên Bang.
4. Bằng cách cho phép tiết lộ thông tin này, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào mẫu Cho Phép này.
5. Tôi đã cung cấp một bản sao của mẫu Cho Phép có chữ ký này.

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

FOR OFFICE USE ONLY

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

BY (print manager name): _____

PATIENT ID PRESENTED: _____

TYPE OF ID: _____