

## Thông tin bệnh nhân

Tên (Vui lòng điền tên đầy đủ): \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Điện thoại #: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Định dạng phát hành:**  Bản sao giấy  Bản sao điện tử  Bản cứng điện tử (CD-ROM)  Trao đổi bằng lời nói/miệng

**Thông tin sẽ được phát hành từ:**  Hệ thống Y tế MultiCare  Navos  Chỉ dành cho Greater Lakes

Khác: Tên/Tổ chức: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

## Thông tin có thể được tiết lộ cho:

Tên/Tổ chức: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

**Mục đích tiết lộ:**  Chăm sóc sức khỏe  Cá nhân  Hành động pháp lý/điều tra/tư pháp  Thanh toán  Bảo hiểm y tế

Khác: \_\_\_\_\_

**Những thông tin nào nên được công bố:** \_\_\_\_\_

## Chọn (các) loại thông tin có thể được tiết lộ.

Bộ hồ sơ y tế định kỳ **HOẶC** Chỉ các tài liệu hồ sơ y tế cụ thể

**Hồ sơ phòng khám** (Bao gồm: Khám tại phòng khám, xét nghiệm, X quang, hồ sơ thuốc, hồ sơ tiêm chủng)

**Hồ sơ bệnh viện** (Bao gồm: Tiền sử và thể chất, tóm tắt xuất viện, báo cáo phẫu thuật, cấp cứu tư vấn, xét nghiệm, X quang)

**Hồ sơ thanh toán**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Xuất viện                     | <input type="checkbox"/> Báo cáo bệnh lý                           |
| <input type="checkbox"/> Tóm tắt/Ghi chú               | <input type="checkbox"/> Báo cáo cấp cứu                           |
| <input type="checkbox"/> Tiền sử và thể chất           | <input type="checkbox"/> Hồ sơ tiêm chủng                          |
| <input type="checkbox"/> Báo cáo phẫu thuật            | <input type="checkbox"/> Ghi chú điều dưỡng                        |
| <input type="checkbox"/> Báo cáo X quang               | <input type="checkbox"/> Ghi chú thuốc điều trị                    |
| <input type="checkbox"/> Hình ảnh X quang và Phim      | <input type="checkbox"/> Ghi chú Tiến triển/<br>Ghi chú phòng khám |
| <input type="checkbox"/> Báo cáo phòng thí nghiệm      | <input type="checkbox"/> Liệu pháp phục hồi                        |
| <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ): _____ | <input type="checkbox"/> chức năng (PT/OT/ST)                      |

**MH** Đánh giá đầu vào/nhập viện

**MH** Hồ sơ thuốc/Ghi chú

Thuốc/Đánh giá tâm thần

**MH** Ghi chú tiến triển/Ghi chú nhóm

Đánh giá tâm lý

**MH** Tóm tắt/Kế hoạch điều trị

**MH** Thư/Tóm tắt điều trị/Tham dự của khách hàng

**MH** Khủng hoảng/Liên hệ DCR Contact/  
Ghi chú ITA

**MH** Kế hoạch quản lý khủng hoảng

**MH** Tóm tắt xuất viện

**MH** Xác nhận lịch hẹn và lịch khám

Tham gia **MH/Thuốc** Lịch hẹn khám

Tài chính/Nhân khẩu học

Kết quả xét nghiệm

Kế hoạch trường IEP/504/Đại diện lớp học

**MH = Sức khỏe tâm thần**  
**SUD = Rối loạn sử dụng chất gây nghiện**

**SUD** Thẩm định/Đánh giá

**SUD** Khuyến nghị điều trị

**SUD** Hồ sơ điều trị có thuốc hỗ trợ

**SUD** Tóm tắt/Kế hoạch điều trị

**SUD** Báo cáo xác minh/tuân thủ việc tham dự

**SUD** Tiến triển/Ghi chú Nhóm

Kết quả sàng lọc thuốc/UA

**SUD** Kế hoạch quản lý khủng hoảng

**SUD** Tóm tắt xuất viện

**SUD** Thông tin xác minh lịch hẹn khám

Hoàn thành Biểu mẫu trực tuyến của Cục cấp phép

Ngày hoạt động cụ thể hoặc thông tin liên quan đến điều kiện: \_\_\_\_\_

Trao đổi bằng lời nói về lịch sử chăm sóc y tế của tôi: \_\_\_\_\_

## Thông tin đặc biệt: Tôi cho phép bao gồm các thông tin sau đây với bản công bố này (viết tắt tất cả những gì áp dụng)

\_\_\_\_\_ Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, bao gồm HIV/AIDS \_\_\_\_\_ Thông tin sức khỏe tâm lý, tâm thần hoặc hành vi

\_\_\_\_\_ Thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) \_\_\_\_\_ Thông tin và chỉ số di truyền

**\*\*\* LƯU Ý: Nếu phần này chưa hoàn thành, hồ sơ của các mục này (nếu tồn tại), sẽ không được công bố \*\*\***

**CHỮ KÝ BẮT BUỘC Ở TRANG 2**

Cần cước của bệnh nhân - Ghi vào hoặc đính kèm nhãn tên

bệnh nhân

Tên:

MRN #:

CSN #:

**ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN CHĂM SÓC  
SỨC KHỎE (THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC**

**BẢO VỆ HAY VIẾT TẮT LÀ PHI)**

**MultiCare** 

Trang 1 trên 2



87-8455-5e A  
(Bản sửa đổi Tháng 10/21)

# ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN CHĂM SÓC SỨC KHỎE (THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ HAY VIẾT TẮT LÀ PHI) (tiếp tục)

Quyền của quý vị và các lưu ý khác:

1. Khi MultiCare công bố Thông tin sức khỏe của quý vị, người nhận có thể tiết lộ lại điều đó và luật thông tin và quyền riêng tư có thể không còn bảo vệ thông tin đó nữa. Một số thông tin, chẳng hạn như rối loạn sử dụng chất gây nghiện hoặc sức khỏe tâm thần vẫn có thể được bảo vệ.
2. Tôi có thể rút lại ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách gửi email đến địa chỉ được liệt kê dưới đây. Nếu tôi rút lại ủy quyền của mình, nó sẽ không thay đổi các hành động đã được thực hiện theo ủy quyền.
3. MultiCare không yêu cầu quý vị hoàn thành ủy quyền này để nhận chăm sóc sức khỏe hoặc các lợi ích của việc chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, quý vị phải ký vào mẫu ủy quyền này khi mục đích của các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc tham gia nghiên cứu là để tạo hoặc nhận thông tin chăm sóc sức khỏe.
4. Tôi hiểu yêu cầu hồ sơ này có thể dẫn đến các khoản phí. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên hệ kèm theo ước tính của những khoản phí đó trước khi hồ sơ được đưa ra. Thông tin chi tiết về các khoản phí có thể tìm thấy tại [www.multicare.org/medical-records/](http://www.multicare.org/medical-records/)

## Thời gian hiệu lực:

Giấy ủy quyền này có giá trị trong 365 ngày kể từ ngày ký hoặc cho đến ngày hoặc sự kiện được chỉ định ở đây: \_\_\_\_\_

## Chữ ký:

Bệnh nhân/Đại diện: \_\_\_\_\_ Ngày/Giờ: \_\_\_\_\_

Cơ quan pháp luật: \_\_\_\_\_ Chữ ký trẻ vị thành niên: \_\_\_\_\_  
(Chữ ký của cá nhân và ngày) Nếu cần đồng chữ ký cho trẻ vị thành niên

Nếu ủy quyền được ký bởi một đại diện cá nhân của cá nhân, phải cung cấp kèm một văn bản về thẩm quyền của người đại diện để hành động đại diện cho cá nhân đó.

Họ tên và ngày in: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_

## THU HỒI

Quý vị có thể thu hồi giấy phép này bằng văn bản. Quý vị có thể gọi cho một trong các khoa được liệt kê hoặc lấy địa chỉ bệnh viện trong mục Quản lý Thông tin Y tế (Hồ sơ Y tế) trên hồ sơ <https://www.multicare.org/medical>. Việc thu hồi sẽ có hiệu lực ngay khi nhận được, nhưng sẽ không áp dụng cho thông tin đã được phát hành hoặc cho các dịch vụ đã được cung cấp theo ủy quyền này.

Bệnh viện Inland Northwest Deaconess: 509-473-7421

Sức khỏe tâm thần Greater Lakes 253-620-5150

Phòng khám Inland Northwest Rockwood: 509-342-3955

Navos: 206-257-6609

Bệnh viện Inland Northwest Valley: 509-473-5431

Sức khỏe Hành vi MultiCare 253-697-8530

Bệnh viện Puget Sound MultiCare: 253-403-2433

## CHẤP THUẬN CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Chữ ký của bệnh nhân vị thành niên được yêu cầu công bố thông tin liên quan đến chăm sóc: (1) kiểm soát sinh nở và chăm sóc liên quan đến mang thai, (2) thông tin bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm HIV/AIDS) nếu trẻ vị thành niên từ 14 tuổi trở lên, (3) chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu rối loạn sử dụng chất gây nghiện (đối với trẻ vị thành niên đủ năng lực dưới 13 tuổi, cả trẻ vị thành niên và người giám hộ phải đồng ý), và (4) thông tin sức khỏe tâm thần ngoại trú nếu trẻ vị thành niên từ 13 tuổi trở lên.

## CHỈ SỬ DỤNG CHO MULTICARE

- Yêu cầu đã hoàn thành và hồ sơ y tế được phát hành cho một nhà cung cấp bên ngoài chưa?  CÓ  KHÔNG
- Yêu cầu này có được gửi đến nhà cung cấp hoặc bệnh viện bên ngoài để lấy hồ sơ y tế không?  CÓ  KHÔNG
- Đây có phải là một ủy quyền cho các trao đổi bằng lời nói hoặc thảo luận đang diễn ra mà chỉ cần được nộp để tham khảo?  CÓ  KHÔNG

Căn cước của bệnh nhân - Ghi vào hoặc đính kèm nhãn  
tên bệnh nhân

Tên:

MRN #:

CSN #:

Tuổi / Xu hướng tính dục và giới tính:

ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN CHĂM SÓC  
SỨC KHỎE (THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC  
BẢO VỆ HAY VIẾT TẮT LÀ PHI)

**MultiCare** 

Trang 2 trên 2



87-8455-5e A  
(Bản sửa đổi Tháng 10/21)