

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận
San Bernardino

Yêu Cầu Tiếp Cận Hồ Sơ Y Tế

(Gửi lại mẫu đơn đã điền đến: MEDICAL RECORDS OFFICE, 850 E. FOOTHILL BLVD, RIALTO, CA 92376)

Để tiết lộ thông tin cho:

Địa Chỉ Gửi Thư: _____

Số Điện Thoại: _____ Fax (Tùy Chọn): _____

Nếu quý vị không phải khách hàng, hãy cho biết mối quan hệ quý vị bạn với khách hàng*:

***Vui lòng cung cấp bản sao giấy tờ chỉ định pháp lý, lệnh tòa hoặc di chúc có công chứng với yêu cầu này nếu có.**

THÔNG TIN VỀ KHÁCH HÀNG

Tên: _____ Nhũ Danh (nếu có) _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Ngày Sinh Của Khách Hàng: _____ Số SSN (Tùy Chọn): _____

Điện thoại: _____

YÊU CẦU TIẾP CẬN/SAO CHÉP THÔNG TIN

Tôi muốn: Tiếp cận (đọc và xem xét) Nhận bản sao Nhận bản tóm tắt

Về: Sức Khỏe Tâm Thần Rối Loạn Do Lạm Dụng Dược Chất (SUD)

Mô tả thông tin quý vị muốn tiếp cận:

Chẩn Đoán Tiên Lượng Ghi Chép Tiến Độ Thuốc men Tác Dụng Phụ của Thuốc Toa Thuốc

Ngày Điều Trị Đánh Giá Báo Cáo Xét Nghiệm Tiền Sử Bệnh-Đánh Giá

**Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận
San Bernardino**

KHÁC: Vui lòng nêu rõ thông tin "khác" và mục đích cụ thể cần thông tin đó:

(Các) ngày có thông tin quý vị muốn tiếp cận (ví dụ: ngày thăm khám tại phòng mạch, điều trị hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác)

Từ: _____ Kính gửi: _____

- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về chi phí của bản sao trước khi chúng tôi sao chép và xác minh rằng quý vị đồng ý thanh toán chi phí bản sao.
Quý vị muốn chúng tôi thông báo cho quý vị như thế nào (chọn một): điện thoại thư
- Trong những trường hợp ngoại lệ, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị trong vòng 15 ngày nếu chúng tôi cần thêm thời gian để trả lời yêu cầu của quý vị.
- Trong những trường hợp cụ thể, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu tiếp cận PHI của quý vị, hoặc một phần PHI của quý vị.
- Nếu chúng tôi từ chối yêu cầu tiếp cận, chúng tôi sẽ gửi lại mẫu đơn này cho quý vị với các lý do bằng văn bản về việc từ chối yêu cầu tiếp cận và giải thích các quyền của quý vị để yêu cầu xem xét lại.

Chữ ký của <input type="checkbox"/> khách hàng <input type="checkbox"/> đại diện pháp lý hoặc	Ngày
Người làm chứng	Ngày

THÔNG TIN MẬT CỦA KHÁCH HÀNG

Bác sĩ điều trị, bác sĩ tâm lý, LCSW hoặc LMFT sẽ ký nếu cần phê duyệt theo Đạo Luật Lanterman-Petris-Short (Bộ Luật Phúc Lợi & Thể Chế California Mục 5328). 42 Các Quy Định Liên Bang, Phần 2.

Vui lòng chỉ sao chép/in trên giấy trắng.