

## GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PHI)

Tên Khách Hàng	_____	Ngày Sinh	_____
Địa Chỉ Khách Hàng	_____	4 Chữ Số Cuối Cùng Của Số SSN	_____
	_____	Số Điện Thoại của Khách Hàng	_____

Việc điền vào giấy này cho phép tiết lộ và sử dụng thông tin PHI của quý vị. Việc không điền vào tất cả các phần phù hợp của giấy này có thể vô hiệu Giấy Cho Phép này.

### I. CHO PHÉP TIẾT LỘ PHI

(A) Theo đây tôi cho \_\_\_\_\_  
(Tên Cơ Sở/Tên Nhà Cung Cấp/Khác)

(B) Tiết lộ cho (Nhập tên của (các) cá nhân hoặc Tổ Chức vào phần bên dưới và cho biết mối quan hệ)

Tên của (Các) Cá Nhân hoặc Tổ Chức: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sự Cho Phép 2 Chiều

Chọn Ô cho phép trao đổi 2 chiều đối với PHI của quý vị giữa các bên được cho biết trong các Phần I (A) và I (B) của Giấy Cho Phép này.

### II. ĐỊA CHỈ GỬI THƯ ĐỐI VỚI HỒ SƠ (SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ SUD)

**Lưu ý:** Chỉ điền phần này nếu hồ sơ sẽ được gửi qua đường bưu điện/fax cho bên nhận.

(A) Tên của Người Nhận \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Thành Phố, \_\_\_\_\_  
Tiểu Bang, Mã \_\_\_\_\_  
ZIP \_\_\_\_\_  
Số điện thoại \_\_\_\_\_ Số FAX \_\_\_\_\_

### III. MỤC ĐÍCH TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE TÂM THẦN VÀ/HOẶC SUD

Mục đích sử dụng hoặc tiết lộ được yêu cầu:

- Yêu cầu của khách hàng    HOẶC     Khác (vui lòng liệt kê mục đích)

Liệt kê những giới hạn tiết lộ, nếu có:

### IV. THÔNG TIN CỤ THỂ VỀ SỨC KHỎE TÂM THẦN

(A) Tôi cụ thể cho phép tiết lộ thông tin điều trị **Sức Khỏe Tâm Thần** sau đây

*(Ký tắt của khách hàng hoặc người đại diện hợp pháp)*

(B) Tôi cho phép tiết lộ:

(i)  Tất cả thông tin sức khỏe của tôi liên quan đến bệnh sử và/hoặc điều kiện sức khỏe tâm thần của tôi

Từ Ngày \_\_\_\_\_ Đến \_\_\_\_\_ **HOẶC**  
(ii)  Chỉ đối với các hồ sơ cụ thể hoặc loại bệnh sử và/hoặc thông tin sức khỏe tâm thần sau đây

Từ Ngày	Đến	
<input type="checkbox"/> Đánh giá	<input type="checkbox"/> Tham dự	<input type="checkbox"/> Kế Hoạch của Khách Hàng
<input type="checkbox"/> Chẩn đoán	<input type="checkbox"/> Tóm Tắt Thông Tin Xuất Viện	<input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm
<input type="checkbox"/> Thuốc	<input type="checkbox"/> Sự Cho Phép của Bác Sĩ Tâm Lý	<input type="checkbox"/> Thư Tóm Tắt
<input type="checkbox"/> Ghi Chép Điều Trị	<input type="checkbox"/> Khác _____	

### V. HẾT HẠN (SỨC KHỎE TÂM THẦN)

Giấy Cho Phép này hết hạn vào (chèn ngày chính xác): \_\_\_\_\_

**Lưu ý:** Luật pháp California quy định quý vị phải nhập ngày chính xác; nếu không, DBH không thể giải quyết giấy Cho Phép này.

## VI. RÚT LẠI (SỨC KHỎE TÂM THẦN)

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy giấy Cho Phép này vào bất kỳ lúc nào, nhưng tôi phải có yêu cầu bằng văn bản gửi cho cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi đã cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Nếu tôi rút lại giấy Cho Phép này, tôi phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ sau đây:

- (I) Tên của Cơ Sở/  
Nhà Cung Cấp/ \_\_\_\_\_  
Khác \_\_\_\_\_  
Địa chỉ \_\_\_\_\_  
Thành Phố, Tiểu \_\_\_\_\_  
Bang, Mã ZIP \_\_\_\_\_  
Số Fax \_\_\_\_\_

Việc tôi hủy Giấy Cho Phép này sẽ có hiệu lực sau khi DBH nhận được yêu cầu và họ sẽ không tiết lộ thêm thông tin dựa trên việc hủy. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin nào DBH đã tiết lộ trước khi có yêu cầu rút lại có thể là không thể lấy lại.

## VII. CÁC QUYỀN CỦA TÔI (SỨC KHỎE TÂM THẦN)

- Tôi có thể từ chối ký tên vào giấy Cho Phép này. Việc tôi từ chối ký tên sẽ không ảnh hưởng đến khả năng của tôi trong việc nhận được điều trị, thanh toán hay điều kiện nhận phúc lợi.
- Tôi có quyền nhận được một bản sao của giấy Cho Phép này.
- Trong trường hợp luật pháp cho phép, tôi có thể kiểm tra hoặc nhận một bản sao của thông tin sức khỏe mà tôi được yêu cầu cho phép sử dụng hay tiết lộ.
- Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe mà tôi cho phép tiết lộ có thể được tái tiết lộ bởi cá nhân/tổ chức tôi đã chỉ định nhận thông tin đó. Tôi hiểu rằng DBH không thể ngăn chặn việc thông tin đã tiết lộ trước đây theo giấy Cho Phép này bị tái tiết lộ bởi bên nhận thông tin đó.
- Tôi hiểu rằng trong một số trường hợp luật pháp California không cấm việc tái tiết lộ thông tin của tôi và thông tin của tôi có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật thông tin của liên bang (HIPAA) nữa. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng luật pháp California cấm cá nhân hay tổ chức nhận thông tin sức khỏe của tôi tiết lộ thêm trừ khi có một giấy cho phép khác của tôi hoặc trừ khi việc tiết lộ đó là theo quy định cụ thể của pháp luật hoặc được pháp luật cho phép.

## VIII. THÔNG TIN CỤ THỂ VỀ SUD

- (A)  Tôi cụ thể cho phép tiết lộ các hồ sơ cụ thể hoặc các loại thông tin Điều Trị **SUD** sau đây

(Ký tắt của khách hàng hoặc người đại diện hợp pháp)

Từ Ngày

Đến

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Đánh giá   | <input type="checkbox"/> Tham dự                                     | <input type="checkbox"/> Kế Hoạch của Khách Hàng |
| <input type="checkbox"/> Chẩn đoán  | <input type="checkbox"/> Tóm Tắt Thông Tin Xuất Viện                 | <input type="checkbox"/> Kết Quả Xét Nghiệm      |
| <input type="checkbox"/> Thuốc/liều<br><input type="checkbox"/> Bao gồm SUD Thuốc | <input type="checkbox"/> Sự Cho Phép của Bác Sĩ Tâm Lý               | <input type="checkbox"/> Thư Tóm Tắt             |
| <input type="checkbox"/> Ghi Chép Điều Trị  | <input type="checkbox"/> Tất cả các tuyên bố SUD và gặp phải dữ liệu | <input type="checkbox"/> Khác: _____             |

- (B) **Nếu (các) tổ chức có tên ở Phần I. Cho Phép Tiết Lộ PHI** tạo điều kiện trao đổi thông tin sức khỏe (HIE) **hoặc** là một tổ chức nghiên cứu, quý vị phải chọn và điền thông tin đối với **một trong các ô** bên dưới (chỉ cần đối với các trường hợp tiết lộ SUD)

- (i)  **Tên của người tham gia HIE là cá nhân:**

\_\_\_\_\_ (ví dụ John Smith), **HOẶC**

- (ii)  **Chỉ định chung của cá nhân hay tổ chức hay nhóm người tham gia có mối quan hệ nhà cung cấp điều trị:**

\_\_\_\_\_ (ví dụ như đội ngũ điều trị của tôi trong Inland Empire Health Information Exchange (HIE))

## IX. HẾT HẠN (SUD)

Trừ khi tôi rút lại Giấy Cho Phép này sớm hơn, Giấy Cho Phép này sẽ tự động hết hạn như sau:

\_\_\_\_\_ Mô tả ngày, sự kiện, hoặc điều kiện theo đó giấy đồng ý sẽ hết hạn, không được lâu hơn mức cần thiết hợp lý để phục vụ mục đích của giấy đồng ý này

## X. RÚT LẠI (SUD)

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy giấy Cho Phép này vào bất kỳ lúc nào, nhưng tôi phải có yêu cầu bằng lời, hoặc bằng văn bản gửi cho cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi đã cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Nếu tôi rút lại giấy Cho Phép này bằng văn bản, tôi phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến địa chỉ sau đây:

(D) Tên của Cơ Sở/  
Nhà Cung Cấp/ \_\_\_\_\_  
Khác \_\_\_\_\_  
Giải quyết \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Thành Phố, Tiểu  
Bang, Mã ZIP \_\_\_\_\_  
Số điện thoại \_\_\_\_\_ SỐ FAX \_\_\_\_\_

Việc tôi hủy Giấy Cho Phép này sẽ có hiệu lực sau khi DBH nhận được yêu cầu và họ sẽ không tiết lộ thêm thông tin dựa trên việc hủy. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin nào DBH đã tiết lộ trước khi có yêu cầu rút lại có thể là không thể lấy lại.

**Lưu ý:** Nếu Giấy Cho Phép SUD được rút lại bằng lời, việc rút lại sẽ được ghi nhận ngay lập tức vào hồ sơ y tế của khách hàng. Bất kỳ khi nào Giấy Cho Phép được rút lại bằng lời, chúng tôi sẽ cố gắng lấy yêu cầu rút lại bằng văn bản.

## XI. CÁC QUYỀN CỦA TÔI (SUD)

- Tôi hiểu rằng các hồ sơ của tôi về lạm dụng dược chất được bảo vệ theo các quy định của Liên Bang về Bảo Mật Thông Tin và Hồ Sơ Của Khách Hàng Điều Trị Rối Loạn Do Lạm Dụng Dược Chất, 42 C.F.R Phần 2 và Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) năm 1996, 45 C.R.R, Các Mục 160 & 164, và không được tiết lộ mà không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi trừ khi được quy định khác bởi các quy định.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể bị từ chối dịch vụ nếu tôi từ chối đồng ý cho phép tiết lộ vì mục đích điều trị, thanh toán, hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe, nếu được luật pháp tiểu bang cho phép.
- Tôi sẽ không bị từ chối dịch vụ nếu tôi từ chối đồng ý tiết lộ vì các mục đích khác.
- Tôi sẽ được cung cấp một bản sao của giấy này.
- Nếu tôi chọn "chỉ định chung" để cho phép tất cả các nhà cung cấp điều trị của tôi nhận được thông tin đã cho biết, tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một danh sách các trường hợp tiết lộ. Nếu yêu cầu được lập thành văn bản (trong vòng hai (2) năm sau khi tiết lộ) ba mươi (30) ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu bằng văn bản; danh sách tiết lộ sẽ bao gồm tên của tổ chức nhận được tiết lộ, ngày tiết lộ, và mô tả vắn tắt thông tin nhận dạng đã được đưa ra.

## XII. THÔNG BÁO SUD CÂM TÀI TIẾT LỘ THÔNG TIN VỀ RỐI LOẠN DO LẠM DỤNG DƯỢC CHẤT

Khoản 42 của Các Quy Định Của Liên Bang Phần 2 cấm tiết lộ trái phép các hồ sơ này.

**Lưu ý:** Phải cung cấp mẫu đơn này cho tất cả cá nhân và/hoặc tổ chức được cung cấp thông tin điều trị SUD

## XIII. CHỮ KÝ (SỨC KHỎE TÂM THÂN VÀ SUD)

Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_  sáng  chiều/tối

Chữ ký: \_\_\_\_\_

(Khách hàng của DBH phải ký tên, bao gồm trẻ vị thành niên 12 tuổi trở lên, nếu có năng lực pháp lý và tâm thần)

Chữ ký: \_\_\_\_\_

(Người đại diện hợp pháp của khách hàng hoặc cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên không có khả năng đồng ý)

**Lưu ý:** Nếu ký bởi một người không phải khách hàng, cho biết tên và quan hệ hợp pháp của quý vị với khách hàng (PHẢI cung cấp giấy tờ pháp lý để chứng minh mối quan hệ hợp pháp).

### English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

**ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request.**

**Call 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).**

### Español (Tiếng Tây Ban Nha)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tagalog (tiếng Tagalog)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### 한국어 (Tiếng Hàn)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [1-888-743-1478] (TTY: [711])번으로 전화해 주십시오.

### 繁體中文(Tiếng Hoa)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 [1-888-743-1478] (TTY: [711])。

### Հայերեն (Tiếng Armenia)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք [1-888-743-1478] (TTY (հեռատիպ)՝ [711]):

### Русский (Tiếng Nga)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните [1-888-743-1478] (телетайп: [711]).

### فارسی (Tiếng Ba Tư)

شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات کنید، می گفتگو فارسی زبان به اگر توجه  
بگیرید تماس [1-888-743-1478] (TTY: [711]) با باشد می فراهم

### 日本語 (Tiếng Nhật)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。[1-888-743-1478] (TTY: [711]) まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Tiếng Hmong)** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### ਪੰਜਾਬੀ (tiếng Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੇ, ਤੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ।  
[1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### العربية (Tiếng Ả Rập)

بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات في اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة  
[1-888-743-1478] برقم اتصل .) واليكم الصم هاتف رقم ( [711]

**हिंदी (tiếng Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) पर कॉल करें।

### ภาษาไทย (Tiếng Thái)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### ខ្មែរ (Tiếng Campuchia)

ប្រយ័ត្ន: រ ើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត គុណ គឺអាចមានសំរ ំ រ ើអ្នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ [1-888-743-1478] (TTY: [711])។

### ພາສາລາວ (Tiếng Lào)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ [1-888-743-1478] (TTY: [711]).