

**Cho Phép Sử Dụng Và Tiết Lộ
Các Thông Tin Được Bảo Vệ Về Sức Khỏe**

**COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

Ngày: _____
Tên Hồ Sơ: _____
Số Hồ Sơ: _____
Tên của Cán Sự: _____
Số ID của Cán Sự: _____
Số Điện Thoại của Cán Sự: _____
Số ID của Khách Hàng: _____

MỤC ĐÍCH CỦA MẪU ĐƠN NÀY: Mẫu đơn này yêu cầu quý vị đồng ý để Sở Dịch Vụ Xã Hội Công Cộng (DPSS) lấy thông tin về sức khỏe của quý vị. Sở DPSS sẽ sử dụng thông tin này để xác định phúc lợi của quý vị.

Nếu quý vị hoàn tất và ký tên vào mẫu đơn này thì có nghĩa là:

- Quý vị đồng ý rằng bác sĩ hoặc người/nơi chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể chia sẻ thông tin về sức khỏe của quý vị với Sở DPSS.
- Sở DPSS có thể chia sẻ thông tin về quý vị.
- Quý vị có quyền đổi ý bất cứ lúc nào.

Nếu quý vị quyết định không ký tên vào mẫu đơn này thì:

- Điều này sẽ không ảnh hưởng gì đến cách xử lý vấn đề chăm sóc sức khỏe của quý vị.
- Điều này có thể ảnh hưởng đến các phúc lợi DPSS của quý vị.

TÊN HỌ _____ TÊN GỌI _____ NGÀY SINH(TT/NGNG/NNNN) _____

Tôi cho phép: (xin ngoắc dấu vào mọi ô áp dụng cho quý vị):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center:
_____ | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc. |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center | |
| <input type="checkbox"/> Nơi Khác: | |

TÊN CƠ SỞ _____ SỐ NHÀ-ĐƯỜNG _____ THÀNH PHỐ _____ TIỂU BANG _____ MÃ SỐ BƯU ĐIỆN _____

Được phổ biến thông tin về sức khỏe của tôi cho:

TÊN VĂN PHÒNG KHU VỰC THUỘC SỞ DỊCH VỤ XÃ HỘI CÔNG CỘNG (DPSS) _____

SỐ NHÀ - ĐƯỜNG _____ THÀNH PHỐ _____ TIỂU BANG _____ MÃ SỐ BƯU ĐIỆN _____

Giấy cho phép này có hiệu lực cho đến: _____ / _____ / _____
NGÀY CHẤM DỨT (TT/NGNG/NNNN)

Thông tin có thể được phổ biến (xin ngoắc dấu vào mọi ô áp dụng cho quý vị):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bản Tóm Tắt Xuất Viện. | <input type="checkbox"/> Bản Giám Định về Bệnh Tâm Thần hoặc Sức Khỏe Tâm Thần. |
| <input type="checkbox"/> Tiểu Sử Sức Khỏe và Thể Lực. | <input type="checkbox"/> Điều Trị Tật Lạm Dụng Dược Chất/Rượu. |
| <input type="checkbox"/> Hội Chẩn. | <input type="checkbox"/> Các Triệu Chứng HIV/AIDS. |
| <input type="checkbox"/> Bản Báo Cáo về Phẫu Thuật. | <input type="checkbox"/> (Các) Bệnh Lây Qua Đường Tình Dục. |
| <input type="checkbox"/> Bản Báo Cáo Quang Tuyến | <input type="checkbox"/> Bản Báo Cáo EKG. |
| <input type="checkbox"/> Các Phim Quang Tuyến. | <input type="checkbox"/> Bản Báo Cáo EEG |
| <input type="checkbox"/> Các Trắc Nghiệm từ Phòng
Thí Nghiệm/từ Việc Chẩn Đoán. | <input type="checkbox"/> Bản Tóm Tắt về Tiểu Sử Y Tế/Điều Trị Y Tế |
| <input type="checkbox"/> Các Bản Ghi Chú về Tình Trạng Tiên Bộ Y Khoa | |
| <input type="checkbox"/> Thông Tin Khác (Xin Nêu Rõ): _____ | |

Quý vị có quyền được nhận một bản sao (copy) của mẫu đơn này. Nếu quý vị ký tên vào mẫu đơn này, quý vị sẽ nhận được một bản sao có ký tên của mẫu đơn này.

Nếu quý vị từ chối ký vào mẫu đơn này thì:

- Điều này sẽ không ảnh hưởng gì đến việc điều trị do người/nơi chăm sóc sức khỏe của quý vị thi hành.
- Điều này có thể tác động đến việc quý vị có hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi thuộc DPSS hay không.

_____ Tôi hiểu và đồng ý là người/nơi chăm sóc sức khỏe cho tôi có thể cung cấp thông tin về sức khỏe của tôi cho Sở DPSS. Sở DPSS sẽ sử dụng thông tin này để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng phúc lợi của tôi.

_____ Tôi hiểu rằng Sở DPSS có thể chia sẻ những thông tin đã được sử dụng hoặc phổ biến rồi, do tôi đã ký tên vào mẫu đơn này. Nếu điều này xảy ra, những thông tin về tôi không còn được luật bảo mật thông tin về y tế của liên bang bảo vệ nữa.

Tôi đã có dịp duyệt xét và hiểu rõ nội dung của mẫu đơn này rồi. Khi ký tên vào mẫu đơn này, tôi xác nhận rằng nó phản ảnh trung thực các ước muốn của tôi.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN NGÀY (TT/NGNG/NNNN)

CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN/QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN NGÀY (TT/NGNG/NNNN)

NẾU QUÝ VỊ ĐỔI Ý

Quý vị có quyền đổi ý vào bất cứ lúc nào. Sau khi hoàn tất và ký tên vào mẫu đơn này, nếu quý vị đổi ý, quý vị phải báo cho Sở DPSS biết bằng văn thư. Quý vị có thể làm điều này bằng cách:

- Ký tên vào phần Thu Hồi Sự Cho Phép (Revocation of Authorization).
- Sau khi đã ký tên, gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện hoặc đem giao tận tay, tại địa chỉ sau đây:

THU HỒI SỰ CHO PHÉP

Tôi xin thu hồi nơi đây sự cho phép mà tôi đã chấp thuận trước đây. Tôi hiểu rằng Sở DPSS có thể sử dụng và chia sẻ những thông tin về sức khỏe của tôi mà người/nơi chăm sóc sức khỏe của tôi đã chia sẻ với Sở DPSS rồi.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ

VIẾT TÊN BẰNG CHỮ IN

NGÀY(TT/NGNG/NNNN)