



Tiểu Bang MISSOURI

**PHÉP CHO TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ/SỨC KHỎE KHÁCH HÀNG**

Tôi, ----- cho phép và yêu cầu  
(TÊN KHÁCH HÀNG, CHA MẸ, NGƯỜI GIÁM HỘ/ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP)

**Ghi vào tất cả điều gì áp dụng:**

- Ban Sức Khỏe Tâm Thần (DMH)       Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Cao Niên (DHSS)
- Ban Dịch Vụ Xã Hội (DSS)               Ban Giáo Dục Tiểu Học và Trung Học (DESE)
- Nơi khác \_\_\_\_\_  
(TÊN CỦA CƠ SỞ, CƠ QUAN, TRUNG TÂM SỨC KHỎE TÂM THẦN, NGƯỜI)

cho phép **tiết lộ** thông tin ghi rõ dưới đây của:

TÊN	NGÀY SANH	SỐ AN SINH XÃ HỘI
-----	-----------	-------------------

NHẬN DỊCH VỤ TỪ (NGÀY)

**cho (ghi vào tất cả điều gì áp dụng)**

- Ban Sức Khỏe Tâm Thần (DMH)       Ban Dịch Vụ Sức Khỏe và Cao Niên (DHSS)
  - Ban Dịch Vụ Xã Hội (DSS)               Ban Giáo Dục Tiểu Học và Trung Học (DESE)
  - Nơi khác \_\_\_\_\_  
(TÊN CỦA CƠ SỞ, CƠ QUAN, TRUNG TÂM SỨC KHỎE TÂM THẦN, NGƯỜI)
- \_\_\_\_\_  
(ĐỊA CHỈ, THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, BƯU CHÁNH)

**MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC TIẾT LỘ NÀY LÀ (GHI VÀO TẤT CẢ ĐIỀU GÌ ÁP DỤNG)**

- Cứu xét điều kiện                       Giám định sau khi chăm sóc                       Chăm sóc theo dõi
- Sắp đặt                                       Chuyển đi/Điều trị                                       Kế hoạch điều trị
- Tiếp tục dịch vụ/Chăm sóc               Điều trần tiết lộ có điều kiện/vô điều kiện               Theo yêu cầu của Khách hàng
- Để chia sẻ hoặc giới thiệu thông tin của tôi đến cơ quan khác của tiểu bang Missouri (như DMH, DHSS, DSS, DESE, v.v...) hầu có được dịch vụ đúng với chương trình \_\_\_\_\_ (điền đầy đủ tên của chương trình mà quý vị muốn tham gia)
- Điều khác (nói rõ) \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN ĐẶC BIỆT CẦN TIẾT LỘ (GHI VÀO TẤT CẢ ĐIỀU GÌ ÁP DỤNG)**

- Sơ lược về Xuất Viện                       Điểm ghi về tiến bộ                                       Chương trình điều trị và/hay duyệt lại
- Giám định dịch vụ xã hội                       Chỉ dẫn thử nghiệm, IEP, chuyển ngữ và/hay báo cáo điểm
- Giám định y tế/tâm thần
- Thử nghiệm đo lường tâm thần, gồm có kết quả điểm thông minh (IQ), kết quả thử nghiệm hệ thống thần kinh, hoặc thử nghiệm mức phát triển khác.
- Điều khác \_\_\_\_\_

- XIN ĐỌC CẨN THẬN:** Tôi hiểu là hồ sơ thông tin y tế của tôi là kín đáo. Tôi hiểu là khi ký tên vào giấy phép này, tôi cho phép tiết lộ thông tin y tế/sức khỏe của tôi. Thông tin sức khỏe giữ kín (PHI) trong hồ sơ y tế của tôi gồm có thông tin về sức khỏe tâm thần/cách hành động của tôi. Ngoài ra, có thể có thông tin liên quan đến bệnh phong tình truyền nhiễm, hội chứng liệt bại hệ thống miễn nhiễm (AIDS), siêu vi liệt bại hệ thống miễn nhiễm con người (HIV), bệnh truyền nhiễm khác và/hay nghiện rượu/ma túy.
- Hồ sơ thông tin về nghiện rượu và ma túy được quy luật liên bang (42 CFR 2) đặc biệt bảo vệ và khi ký phép này không hạn chế, tôi cho phép tiết lộ mọi hồ sơ thông tin về nghiện rượu và/hay ma túy (nếu có) cho cơ quan hay người được nói rõ phía trên. Hãy ký tên nếu quý vị cho phép tiết lộ thông tin về nghiện rượu và ma túy: \_\_\_\_\_
- Phép này gồm có cả hai thông tin kết hợp hiện tại và thông tin điền trong thời gian điều trị tại cơ sở nói trên hoặc ở một cơ quan trả tiền cho dịch vụ, trong thời gian nhất định.
- Phép này có hiệu lực vào ngày \_\_\_\_\_. Phép này tự động hết hạn vào ngày, trường hợp hoặc tình trạng sau đây  
\_\_\_\_\_
- Nếu tôi không nói rõ ngày mãn hạn, phép này sẽ chấm dứt sau một năm.
- Tôi hiểu là tôi có quyền hủy bỏ phép này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu là nếu muốn hủy bỏ phép này, tôi phải viết **TRÊN VĂN BẢN** và gửi đến ban quản lý thông tin sức khỏe (hồ sơ y tế) hoặc trung tâm thông tin khách hàng tại cơ sở này. Xa hơn nữa, tôi hiểu là các việc đã được thực hiện theo phép này, trước khi hủy bỏ, sẽ **KHÔNG** bị ảnh hưởng.
- Tôi hiểu là tôi có quyền nhận một bản sao của phép này. **Bản sao của phép này cũng có hiệu lực như bản gốc.**
- Tôi hiểu là cho phép tiết lộ thông tin y tế/sức khỏe này là tự nguyện. Tôi có thể từ chối ký phép này. Tôi không cần phải ký mẫu này mới bảo đảm được điều trị. Tôi hiểu là tôi có thể yêu cầu để xem hoặc xin một bản sao thông tin sẽ được sử dụng hay tiết lộ, thể theo điều 45 CFR Đoạn 164.524. Tôi hiểu là khi tiết lộ mọi thông tin nào thì có nguy cơ thông tin đó bị tiết lộ lần nữa mà không có phép và thông tin đó không được điều lệ về kín đáo của liên bang bảo vệ. Nếu có thắc mắc nào về việc tiết lộ thông tin y tế/sức khỏe của tôi, tôi có thể liên lạc với giám đốc ban quản lý thông tin sức khỏe (giám đốc hồ sơ y tế) hoặc trung tâm thông tin khách hàng, người được ủy nhiệm hoặc Viên Chức Riêng Tư cho thực thể được che chở này.

**ĐIỀU SAU ĐÂY ÁP DỤNG CHO HỒ SƠ THÔNG TIN VỀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN RƯỢU VÀ/HAY MA TUÝ:** Cấm tiết lộ lại. Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ hồ sơ kín đáo được luật Liên Bang bảo vệ. Quy luật liên bang (42 CFR Phần 2) cấm quý vị tiết lộ xa hơn nữa thông tin này mà không có phép đặc biệt bằng văn bản của người có liên quan trong đó, hoặc khi được quy luật đó nói rõ hơn. Giấy phép tổng quát cho tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác không đủ cho mục đích này.

Chữ ký dưới đây của tôi xác nhận là tôi có đọc, hiểu và cho phép tiết lộ PHI của tôi.

CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG	NGÀY
NGƯỜI CHỨNG	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA CHA, MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ/ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP	

(Xin kèm theo Bản Mô Tả Giới Chức Được Quyền Hành Động Nhân Danh Khách Hàng và kèm một bản sao Tài Liệu Cho Phép Giới Chức này, nếu áp dụng)

### THÔNG BÁO HỦY BỎ

NGÀY	
Tôi, _____, (Khách hàng) nơi đây hủy bỏ phép của tôi cho tiết lộ thông tin cho cơ quan/người nói trên. Giấy hủy bỏ này có hiệu lực là vô hiệu hóa mọi phép cho tiết lộ thông tin nói rõ trong phép trên. Tôi hiểu là mọi hành động nào được cho phép trước ngày hủy bỏ, sẽ không bị ảnh hưởng.	
CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG	NGÀY
NGƯỜI CHỨNG	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA CHA, MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ/ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP	NGÀY

Nếu quý vị muốn hủy bỏ phép mình, xin gửi một bản sao của toàn thể văn kiện hủy bỏ đến giám đốc ban quản lý thông tin sức khỏe (giám đốc hồ sơ y tế) hoặc trung tâm thông tin khách hàng, hoặc đến Viên Chức Riêng Tư của cơ sở này.