



BỆNH NHÂN YÊU CẦU TIẾP CẬN THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ CỦA HỌ (PATIENT ACCESS REQUEST TO THEIR PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Vietnamese

Biểu mẫu này dành cho bệnh nhân yêu cầu truy cập (xem), nhận hoặc gửi bản sao **thông tin y tế của chính họ**.

Tên Bệnh Nhân (Patient Name)		Ngày Sinh (Date of Birth)
Tên trước đó/(Các) tên khác (Previous / Other Name[s])		
Địa Chỉ Email* (Email Address*)	Điện thoại (Phone)	
Địa Chỉ Đường (Street Address)		
Thành phố (City)	Tiểu bang (State)	Mã Bưu Chính (Zip Code)

Các cơ sở mà quý vị đang yêu cầu hồ sơ. Vui lòng đánh dấu (✓) thích hợp.

<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> Good Samaritan	<input type="checkbox"/> Immanuel	<input type="checkbox"/> Lakeside	<input type="checkbox"/> Mercy Corning
<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley	<input type="checkbox"/> Nebraska Heart	<input type="checkbox"/> Plainview
<input type="checkbox"/> Schuyler	<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's	
Clinic (Chỉ định): _____		Khác (Chỉ định): _____		

Ngày Phục Vụ: (Xin vui lòng liệt kê ngày hoặc phạm vi ngày của hồ sơ được yêu cầu.)	Từ:	Tới:
-----------------------------------------------------------------------------------------------	-----	------

Các phần của hồ sơ được yêu cầu:

(Dưới đây là các tài liệu được yêu cầu thường xuyên nhất. Đây không phải là toàn bộ hồ sơ y tế của quý vị, mà quý vị có quyền yêu cầu.)

<input type="checkbox"/> Tóm tắt (Bao gồm ¹)	<input type="checkbox"/> Các Hồ Sơ Phòng Cấp Cứu	<input type="checkbox"/> Các Báo Cáo Thí Nghiệm
<input type="checkbox"/> Tóm Tắt Xuất Viện/Chẩn Đoán Cuối Cùng Hồ Sơ ¹	<input type="checkbox"/> Các Lưu Ý Về Vật Lý Trị Liệu	<input type="checkbox"/> Chứng Ngừa (chích)
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Lịch Sử và Thẻ Chất ¹	<input type="checkbox"/> Các Báo Cáo Phóng Xạ Học (i.e., X-ray)	<input type="checkbox"/> Ghi Chú của Bác Sĩ
<input type="checkbox"/> Các Báo Cáo Tham Vấn ¹	<input type="checkbox"/> Các Báo Cáo Chẩn Đoán Khác	<input type="checkbox"/> Danh Sách Thuốc
<input type="checkbox"/> Các Hoạt Động và Thủ Tục ¹	<input type="checkbox"/> Các Hình Ảnh Chẩn Đoán (do Khoa X Quang Chuẩn Bị)	<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Từng KHOẢN
<input type="checkbox"/> Các Kết Quả kiểm Tra Chẩn Đoán ¹	<input type="checkbox"/> Khác: _____	

Tôi yêu cầu hình thức tiết lộ thông tin là:

Điện tử (Thông Tin Tội Phạm Chính HIM) (* Địa Chỉ Email Yêu Cầu) Giấy (Thư U.S hoặc Tờ Lấy)
 Khác (USB, v.v.**): _____ (**Thiết bị phải được cung cấp bởi cơ sở.)

Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin nào có trong các hồ sơ trên liên quan đến việc điều trị lạm dụng ma túy hoặc rượu, các tình trạng liên quan đến ma túy, nghiện rượu, tình trạng tâm thần/tâm lý, điều trị tâm thần/sức khỏe tâm thần và/hoặc các tình trạng liên quan đến HIV.

Tôi sẽ tới lấy các hồ sơ (hoặc)
 Xin vui lòng gửi các hồ sơ cho người hoặc bên (các) nhóm dưới đây theo địa chỉ được cung cấp:

Tên Người Nhận (Recipient Name)	Địa Chỉ Email Để Nhận Các Hồ Sơ * (Email Address for Receipt of Records*)	
Địa Chỉ Đường (Street Address)		
Thành phố (City)	Tiểu bang (State)	Mã Bưu Chính (Zip Code)

Tôi hiểu rằng có thể có một khoản phí tối thiểu được tính cho các hồ sơ.

Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Cá Nhân (Signature of Patient or Personal Representative)	Ngày (Yêu Cầu) (Date [Required])
Ghi Tên Chữ Hoa (Print Name)	
Nếu Đại Diện Cá Nhân của Bệnh nhân, Có Quyền hoặc Mọi Quan Hệ với Bệnh nhân (ví dụ: cha mẹ, người giám hộ hợp pháp) (If Personal Representative of the Patient, Authority or Relationship to Patient [e.g., parent, legal guardian])	

(Xin vui lòng bao gồm bản sao của bất kỳ tài liệu nào được lập ra Đại Diện Cá nhân như tài liệu giấy ủy quyền, giấy tờ giám hộ, người thừa kế di sản hoặc người quản lý các tài liệu di chúc.)