

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ

THÔNG TIN BỆNH NHÂN *Vui lòng viết chữ in rõ ràng*

Họ _____ Tên _____ Chữ viết tắt tên đệm của bệnh nhân _____

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

_____/_____/_____
Ngày sinh _____ (_____)_____-_____
Điện thoại _____

CHỌN CƠ SỞ CHĂM SÓC Y TẾ

- UCI Health – Orange UCI Health – Fountain Valley UCI Health – Lakewood
 UCI Health – Irvine UCI Health – Los Alamitos UCI Health – Placentia Linda
 UCI Neuropsychiatric (NPH) Chăm sóc ngoại trú: _____
 Khác: _____

Tôi cho phép **UCI Health** tiết lộ hồ sơ y tế của tôi cho:

Tên của bệnh viện/phòng khám/cá nhân

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

(_____)_____-_____
Điện thoại _____ (_____)_____-_____
Fax _____

THÔNG TIN ĐƯỢC TIẾT LỘ *Hồ sơ nào đang được yêu cầu?*

- Bản kê hóa đơn Báo cáo cấp cứu Báo cáo bệnh học
 Tư vấn Lịch sử và thể chất Ghi chú tiến trình
 Tóm tắt xuất viện Sổ tiêm chủng Ảnh chụp y khoa
 EKG Báo cáo xét nghiệm Báo cáo phẫu thuật
 TeleDoc (thăm khám trực tuyến theo yêu cầu của UCI) Tất cả
 Khác: _____

NÊU RÕ NGÀY HOẶC THỜI GIAN ĐỐI VỚI THÔNG TIN ĐƯỢC CHỌN

Từ: ____/____/_____
MM/DD/YYYY Đến: ____/____/_____
MM/DD/YYYY

THÔNG TIN NHẠY CẢM

Thông tin nhạy cảm sẽ **không** được tiết lộ trừ khi được cho phép cụ thể dưới đây:

- Dịch vụ bỏ thai hoặc liên quan đến việc bỏ thai Chăm sóc sức khỏe kháng định giới tính
 Kết quả lạm dụng ma túy và bia rượu Thông tin xét nghiệm di truyền
 Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS Kết quả tâm lý học/hướng nghiệp

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ

HƯỚNG DẪN SINH NỞ *Vui lòng chọn một*

Nếu bạn muốn người được chỉ định* lấy hồ sơ y tế của bạn, vui lòng điền vào phần dưới đây:

Tôi cho phép _____ lấy các bản hồ sơ y tế của tôi.

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

***Lưu ý:** Người được chỉ định phải cung cấp ID có hình hợp lệ

CD myUCIhealth (MyChart) Bản giấy

Email (thông tin nhạy cảm không được tiết lộ qua email)

Địa chỉ email: _____@_____

Tôi cho phép sử dụng email được mã hóa để liên lạc với tôi

Tôi cho phép sử dụng email không được mã hóa để liên lạc với tôi

Đối với trường hợp chuyển qua email: Theo luật pháp California, bác sĩ của bạn không được trao đổi bất kỳ kết quả xét nghiệm nào trừ khi việc trao đổi qua email được thực hiện thông qua một máy chủ an toàn. Ngoài ra, email không bao giờ được sử dụng để trao đổi kết quả xét nghiệm liên quan đến HIV, bệnh lây nhiễm qua đường tình dục, viêm gan, lạm dụng thuốc hoặc sử dụng của khối u ác tính, hoặc đối với những vấn đề lạm dụng bia rượu hoặc sức khỏe tinh thần.

UCI Health không chịu trách nhiệm đối với các tin nhắn email bị thất thoát do lỗi kỹ thuật trong khi tạo, truyền và/hoặc lưu giữ.

Tôi hiểu rằng UCI Health có một hệ thống nhắn tin an toàn để liên lạc với bệnh nhân. Tuy nhiên, tôi muốn liên lạc với bác sĩ của tôi qua email. Tôi đã đọc và hiểu rõ thông tin nói trên và tôi đã được giải đáp mọi câu hỏi một cách thỏa đáng. Tôi đồng ý với những quy định nói trên về việc liên lạc qua email.

MỤC ĐÍCH *Mục đích của việc tiết lộ này là gì?*

Bệnh nhân/người đại diện của bệnh nhân yêu cầu Khác (nêu lý do): _____

Giới hạn, nếu có: _____

HẾT HẠN CHO PHÉP *(nhập ngày hoặc sự kiện thích hợp)*

Trừ khi được hủy bỏ khác, sự cho phép này hết hạn: _____

Sự cho phép này sẽ hết hạn 12 tháng sau ngày ký tên.

QUYỀN CỦA TÔI

Tôi hiểu rằng sự cho phép này là tự nguyện. Việc điều trị, đăng ký thanh toán hoặc điều kiện hội đủ để nhận phúc lợi không phụ thuộc vào việc ký tên cho phép này trừ khi sự cho phép này là để:

- Tiến hành điều trị liên quan đến nghiên cứu
- Nhận thông tin liên quan đến điều kiện hội đủ hoặc ghi danh tham gia chương trình sức khỏe
- Xác định nghĩa vụ thanh toán bảo hiểm của thực thể
- Tạo thông tin y tế được bảo vệ để cung cấp cho bên thứ ba
- Tôi có quyền nhận một bản cho phép này Vui lòng cung cấp một bản

Yêu cầu hồ sơ sử dụng cổng thông tin của UCI Health dành cho bệnh nhân và người được ủy quyền của họ. Truy cập vào myUCIhealth tại: <https://my.ucihealth.org/> hoặc gọi (833) 469-2478 để biết thêm thông tin.

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL RECORDS
CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ**

HỦY BỎ

Tôi có thể hủy bỏ sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào, miễn là tôi thực hiện bằng văn bản và gửi đến:

UCI Health – Orange 101 The City Drive, Building 25A Orange, CA 92868	(714) 456-5670 Fax: (888) 522-3679
UCI Health – Fountain Valley 11170 Warner Ave, Suite 102 Fountain Valley, CA 92708	(714) 966-8027 Nhấn 1 Fax: (714) 966-3367, (714) 966-3352
UCI Health – Los Alamitos Release of Information 3951 Katella Ave Los Alamitos, CA 90720	(562) 799-3246, (562) 799-3256 Fax: (562) 799-3225
UCI Health – Lakewood Medical Records 3700 E South St Lakewood, CA 90712	(562) 602-6790 Fax: (562) 602-6779
UCI Health – Placentia Linda Medical Records 1301 Rose Drive Placentia, CA 92870	(714) 524-4846 Fax: (714) 524-4867

Việc hủy bỏ này sẽ có hiệu lực khi UCI Health nhận được yêu cầu, trừ UCI Health hoặc các bên khác đã thực hiện căn cứ vào đó.

THÔNG BÁO

Thông tin được tiết lộ theo sự cho phép này có thể được bên nhận thông tin tiết lộ lại. Trong một số trường hợp, việc tiết lộ lại đó không bị luật pháp California nghiêm cấm và có thể không còn được luật bảo mật liên bang (HIPAA) bảo vệ nữa. Tuy nhiên, luật pháp California nghiêm cấm cá nhân tiếp nhận thông tin sức khỏe của tôi tiết lộ thêm nữa trừ khi tôi cho phép tiết lộ thêm hoặc trừ khi việc tiết lộ đó được luật pháp yêu cầu hoặc cho phép cụ thể.

(CÁC) CHỮ KÝ

Chữ ký của bệnh nhân/Người đại diện hợp pháp

Ngày

Tên viết in

(_____) - _____

Điện thoại

Nếu người khác không phải bệnh nhân ký tên, cho biết mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Signature of Witness (only if patient is unable to sign) or Interpreter

Date

Interpreter ID #: _____

Language: _____

Patient Name: _____

DOB: _____

MRN: _____

UCI Health

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ

HOÀN TẤT CHO PHÉP TIẾT LỘ HỒ SƠ Y TẾ

Để bảo vệ hồ sơ y tế bảo mật của bệnh nhân, chúng tôi phải có sự cho phép hợp lệ, hoàn chỉnh và hợp pháp để tiết lộ hồ sơ y tế của họ.

Tất cả các mục trong mẫu cho phép này phải được điền đầy đủ trước khi UCI Health được phép tiết lộ hồ sơ y tế được bảo vệ của bạn.

LIÊN HỆ TIẾT LỘ THÔNG TIN

UCI Health – Orange
Release of Information
Building 25A
101 The City Drive, Route 118
Orange, CA 92868 (714) 456-5670 - Nhấn phím 5, sau đó nhấn 1 | Fax: (888) 522-3679
Email: roi@hs.uci.edu TDD: (714) 456-5670 Số máy nhánh: 711

UCI Health – Fountain Valley
Release of Information
11170 Warner Ave, Suite 102
Fountain Valley, CA 92708 (714) 966-8027 Nhấn 1 | Fax: (714) 966-3367, (714) 966-3352
Email: fvrroi@hs.uci.edu

UCI Health – Los Alamitos
Release of Information
3951 Katella Ave
Los Alamitos, CA 90720 (562) 799-3246, (562) 799-3256 | Fax: (562) 799-3225
Email: LAMCROI@hs.uci.edu

UCI Health – Lakewood
Release of Information
3700 E South St
Lakewood, CA 90712 (562) 602-6790 | Fax: (562) 602-6779

UCI Health – Placentia Linda
Health Information Services
1301 Rose Drive
Placentia, CA 92870 (714) 524-4846 | Fax: (714) 961-5980
Email: upla@hs.uci.edu

Để biết thông tin về việc nhận hồ sơ y tế thông qua myUCIhealth, hãy truy cập trang web của chúng tôi:

<https://my.ucihealth.org/>

Để được hỗ trợ, hãy gọi số (833) 469-2478