

**Giấy Cho Phép Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe và Hành Vi
Công Bố Hồ Sơ Y Tế Mật Của Quý Vị Cho Người Nhà/Cá Nhân Được Chỉ Định**

Mục Đích: Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe và Hành Vi (Behavioral Health And Recovery Services) khuyến khích quý vị nên có người thân tham gia vào kế hoạch trị liệu của mình. Người thân có thể là gia đình, bạn bè, hoặc những người trợ giúp mình. Việc phối hợp với người thân là một yếu tố quan trọng trong quá trình phục hồi của bệnh nhân tâm thần.

Họ Tên (viết chữ in):	Ngày Sinh:
	_____ / _____ / _____ <i>tháng ngày năm</i>
	Mã số Bệnh Nhân:

Cho Phép: Tôi hiểu rằng, việc ký tên dưới đây có nghĩa là tôi đã cho phép Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe và Hành Vi được chia sẻ thông tin của tôi cụ thể như sau:

(Xin ký tắt vào ô bên trái của tên TỪNG CÁ NHÂN để xác nhận sự cho phép của quý vị)

Ký Tắt	Họ Tên	Mã Số	Số Điện Thoại	Địa Chỉ	Quan hệ với Bệnh nhân

Sự chia sẻ thông tin này được giới hạn ở mức tối thiểu theo các trường hợp tương ứng với các mã số dưới đây. Nếu không được xác định cụ thể, thì mức độ chia sẻ thông tin sẽ là cho toàn bộ các trường hợp:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Để làm hẹn và/hoặc xác nhận các cuộc hẹn 2. Để xác nhận là tôi sẽ đến dự các cuộc hẹn hay không; và/hoặc tôi có đang thuộc về một chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần nào hay không. 3. Để tham dự những buổi họp định kỳ theo kế hoạch điều trị, và để được thông báo về mọi thay đổi trong kế hoạch điều trị ấy. 4. Để <i>(xin tự điền vào)</i> _____

Họ Tên (viết chữ in):	Ngày Sinh:
	____ / ____ / ____ <i>tháng ngày năm</i>
	Mã Số Bệnh Nhân:

TÁI SỬ DỤNG THÔNG TIN: Tôi hiểu rằng một khi tôi đã cho phép chia sẻ thông tin về sức khỏe của tôi cho một cá nhân nào mà về mặt pháp lý người đó không bị bắt buộc phải giữ kín, thì thông tin đó có thể bị chia sẻ và không còn được bảo vệ nữa. Tôi cũng hiểu rằng, trong bất kỳ hoàn cảnh nào, tôi không hề bị bắt buộc phải cho đi quyền tiết lộ hồ sơ trị liệu về tâm lý.

ĐIỀU KIỆN: Tôi hiểu rằng tôi không bị bắt buộc phải ký Giấy Chấp Thuận Chia Sẻ Thông Tin này. Tôi hiểu rằng, việc điều trị, chi trả lệ phí, cũng như việc ghi danh hưởng phúc lợi xã hội không hề được xem xét dựa trên việc tôi có ký hay từ chối không ký giấy này; trừ khi việc điều trị có liên quan tới các công trình nghiên cứu, hay khi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi là nhằm tạo ra các thông tin y tế được bảo vệ để cung cấp cho một ai khác.

QUYỀN THU HỒI SỰ CHẤP THUẬN NÀY: Tôi hiểu rằng, tôi có quyền rút lại sự cho phép này. Nếu muốn lấy lại sự cho phép này, tôi phải thông báo cho Quận Hạt bằng văn bản, ký tên, và gửi về địa chỉ: **Behavioral Health and Recovery Services, Department of Health and Human Services, 250 Bon Air Road, Unit B, Greenbrae, CA 94904.**

Sự thu hồi này sẽ có hiệu lực ngay khi Quận Hạt nhận được văn bản của quý vị, ngoại trừ đối với những thông tin đã được chia sẻ trước đây do bởi Giấy Cho Phép này.

HẾT HẠN: Giấy Cho Phép này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ tiếp tục có hiệu lực cho đến _____ (xin ghi ngày tháng vào). Nếu không có ngày hết hạn thì Giấy này sẽ có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày ký.

Chữ ký (của Bệnh Nhân, hoặc người Đại Diện*):	Ngày ký (tháng/ngày/năm):
<p><i>*Nếu giấy này được ký bởi một người khác không phải là bệnh nhân, xin ghi rõ họ tên và quan hệ với bệnh nhân:</i></p> <p>Họ Tên: (Viết chữ in) _____</p> <p>Quan Hệ: _____</p>	
Họ Tên của Nhân Viên Quận Hạt - người nhận lại Giấy Cho Phép này (viết chữ in):	Ngày nhận (tháng/ngày/năm):

Phân Phối: Bản chính của Giấy Cho Phép này sẽ được lưu trữ trong hồ sơ bệnh nhân, bản phụ giao cho bệnh nhân, hoặc người đại diện.