

Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần, Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Kích Thích (Substance Use Disorder, SUD), HIV/AIDS

Tên (viết in hoa tên, viết tắt tên đệm, và họ):		Ngày Sinh (tháng/ngày/năm):	
---	--	-----------------------------	--

Tôi cho phép cơ quan sau đây tiết lộ thông tin của tôi như được mô tả trong tài liệu này:

Behavioral Health and Recovery Services – County of Marin	
Department of Health and Human Services 250 Bon Air Road, Unit B, Greenbrae, CA 94904 Liên Hệ: Người Quản Lý Hồ Sơ Y Tế	Điện Thoại: (415) 473-6835 Fax: (415) 473-4113

Người nhận thông tin của tôi là:

Tên Cơ Quan, Cá Nhân hoặc Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe:		
Địa Chỉ:	Thành Phố/ Tiểu Bang:	Mã Bưu Chính:
Số Điện Thoại:	Số Fax:	Tên Liên Hệ (nếu có):

MỤC ĐÍCH: Chỉ được sử dụng thông tin cho (những) lý do sau đây:

<input type="checkbox"/> Để Tiếp Tục Chăm Sóc <input type="checkbox"/> Để Lên Phác Đồ Điều Trị/Quản Lý Trường Hợp <input type="checkbox"/> Theo yêu cầu của khách hàng <input type="checkbox"/> Khác _____

THÔNG TIN: Những thông tin sau đây được yêu cầu: *Lưu ý quan trọng: Hoàn thành, ký tắt hoặc ký và để ngày theo yêu cầu.*

<input type="checkbox"/> Thông Tin về Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi bao gồm tình trạng bệnh lý, điều trị và thuốc. Khác: _____ (Những) ngày chỉ định: Từ _____ Đến _____ <input type="checkbox"/> Thông tin về rối loạn do sử dụng rượu hoặc chất kích thích bao gồm thuốc, kết quả chẩn đoán và kết quả xét nghiệm. Khác: _____ (Những) ngày chỉ định: Từ _____ Đến _____ <input type="checkbox"/> Thông tin về HIV/AIDS _____ (Ký tắt) _____ (Ngày)

TÁI SỬ DỤNG THÔNG TIN: Luật pháp liên bang và tiểu bang không cho phép tiết lộ lại thông tin về rối loạn do sử dụng chất kích thích, sức khỏe tâm thần và thông tin về HIV/AIDS trong hầu hết các trường hợp.

Thông Báo cho Người Nhận: Nếu thông tin về tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ thuộc phạm vi bảo vệ theo quy định bảo mật liên bang 42 CFR Phần 2, quy định liên bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm về thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép rõ ràng bằng văn bản chấp thuận của người sở hữu thông tin hoặc được cho phép theo quy định 42 CFR Phần 2.

Nếu hồ sơ sức khỏe tâm thần đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ thuộc phạm vi bảo vệ theo luật tiểu bang California, luật tiểu bang nghiêm cấm quý vị tiết lộ thêm trừ khi có yêu cầu của tòa án.

Nếu hồ sơ HIV/AIDS đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ thuộc phạm vi bảo vệ theo luật tiểu bang California, luật tiểu bang hạn chế việc tiết lộ thêm thông tin này.

ĐIỀU KIỆN: Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải ký tên vào Biểu Mẫu Cho Phép này. Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, tham gia và khả năng hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi sẽ không dựa trên việc tôi ký tên hoặc từ chối ký tên vào giấy cho phép này. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng việc từ chối cho phép các hoạt động tiết lộ cụ thể có thể ảnh hưởng đến khả năng tôi có thể tham gia các chương trình nhất định. Tôi có quyền được nhận bản sao của giấy cho phép này.

Tôi cũng hiểu rằng các hồ sơ về tình trạng rối loạn do sử dụng chất kích thích của mình được bảo vệ theo luật pháp liên bang, bao gồm các quy định liên bang về tính bảo mật của hồ sơ bệnh nhân bị rối loạn do sử dụng chất kích thích, 42 C.F.R. Phần 2, và Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) năm 1996, 45 C.F.R. Phần 160 và 164, và không thể bị tiết lộ khi chưa có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi, trừ khi tuân thủ theo các quy định pháp luật.

QUYỀN RÚT LẠI/THU HỒI Ý KIẾN CHO PHÉP: Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút lại hoặc thu hồi ý kiến cho phép của mình. Nếu tôi rút lại ý kiến cho phép, tôi phải thông báo cho Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) bằng văn bản tại theo địa chỉ sau đây:

**Behavioral Health and Recovery Services,
Department of Health and Human Services,
250 Bon Air Road, Unit B.
Greenbrae, CA 94904.**

Tới: Người Quản Lý Hồ Sơ Y Tế

Việc rút lại ý kiến cho phép sẽ có hiệu lực khi nhận được, ngoại trừ phạm vi mà những bên khác đã tiến hành dựa trên giấy cho phép này.

HẾT HẠN: Giấy cho phép này sẽ có hiệu lực ngay lập tức cho đến _____ (Ngày hoặc Sự Kiện). Nếu tôi không điền ngày, giấy cho phép này sẽ có hiệu lực trong một năm tính từ ngày tôi ký tên.

Chữ Ký (<i>Khách Hàng hoặc Người Đại Diện, tùy trường hợp</i>):*	Ngày (<i>tháng/ngày/năm</i>):		
*Nếu biểu mẫu do người khác không phải khách hàng ký, ghi rõ mối quan hệ với khách hàng, Tên (<i>viết in hoa</i>): _____ Mối Quan Hệ: _____			
Tên của Đại Diện Quận Nhận Biểu Mẫu này (<i>Viết in hoa</i>):		Ngày (<i>tháng/ngày/năm</i>):	