

**GIẤY CHO PHÉP CUNG CẤP
HỒ SƠ SỨC KHỎE CÁ NHÂN**

Tập Đoàn Y Khoa Đại Học Tulane phải có giấy ủy quyền từ bệnh nhân hoặc người đại diện trước khi cung cấp thông tin sức khỏe cá nhân, trừ khi có trường hợp pháp lý ngoại lệ. Mẫu đơn này phải được hoàn tất đầy đủ mới có hiệu lực. Chi phí vừa phải để làm copy và xử lý việc này có thể được tính dựa theo luật La. R.S. 40:1165.1.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NHẬN			
Tôi ủy quyền cho Tập Đoàn Y Khoa Đại Học Tulane được phép cung cấp Hồ Sơ Sức Khỏe Cá Nhân của bệnh nhân dưới đây:			
HỒ SƠ CỦA: (Bệnh Nhân)		CHUYÊN TỐI: (Người Nhận)	
Tên: _____		Tên: _____	
Ngày Sinh (THÁNG-NGÀY-NĂM): _____		Địa Chỉ: _____	
Địa Chỉ: _____		Số Điện Thoại: _____	
Số Điện Thoại: _____		Fax: _____	
MỤC ĐÍCH CUNG CẤP			
<input type="checkbox"/> Điều Trị <input type="checkbox"/> Cá Nhân <input type="checkbox"/> Pháp Lý <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm			
THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ ĐẶC BIỆT			
Ngày và thời gian điều trị đặc biệt như đã yêu cầu cung cấp hồ sơ:			
<input type="checkbox"/> Điều trị một lần ngày _____. <input type="checkbox"/> Thời gian điều trị từ _____ đến _____. <input type="checkbox"/> Các điều trị khác tới nay.			
LIỆT KÊ HỒ SƠ CẦN DỪNG HOẶC CHO PHÉP CUNG CẤP			
Liệt kê chi tiết hồ sơ cần dừng hoặc cho biết. (Chỉ đánh dấu vào chỗ nào thích ứng hoặc chọn Hồ Sơ Tổng Hợp.)			
Hồ Sơ Bệnh Lý	Hồ Sơ Bệnh Tâm Thần	Hồ Sơ Tổng Hợp	
<input type="checkbox"/> Ghi Chú tiến triển <input type="checkbox"/> Giấy Phép của Bác Sĩ <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Tồn Phí <input type="checkbox"/> Ghi Chú của Y Tá <input type="checkbox"/> Báo Cáo Thử Nghiệm	<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chích Ngừa <input type="checkbox"/> Các Hồ Sơ Bệnh Lý khác: (Ghi rõ) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Điều Trị Sức Khỏe và Tồn Phí	
<input type="checkbox"/> Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý *Đây là điều duy nhất bệnh nhân có thể yêu cầu trong giấy cho phép này. Bệnh nhân phải nộp một giấy cho phép khác cho các yêu cầu khác.			
Tôi chấp thuận cung cấp kết quả thử nghiệm HIV : _____ (Viết tắt tên) Tôi có quyền từ chối không cung cấp kết quả thử nghiệm HIV của tôi, trừ trường hợp luật pháp bắt buộc không có sự chấp thuận của tôi.			
Tôi hiểu rằng: <ol style="list-style-type: none"> Tôi có thể từ chối ký giấy cho phép này và việc này hoàn toàn tự nguyện. Nếu tôi không ký giấy này, dịch vụ chăm sóc sức khỏe và phí tổn cho dịch vụ này sẽ không bị ảnh hưởng. Tôi có thể thu hồi việc cho phép này bất cứ lúc nào bằng văn bản. Nếu người nhận không phải là một cơ sở y tế, thông tin này có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật của liên bang. Tôi hiểu rằng tôi có thể xem và nhận được một copy của các Hồ Sơ được liệt kê trong tờ đơn này với lệ phí vừa phải. Tôi có thể nhận được một bản copy của tờ đơn này sau khi ký tên. 			
KÝ TÊN		DANH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG	
Tôi đã đọc những điều trên và cho phép cung cấp Hồ Sơ Sức Khỏe Cá Nhân như đã liệt kê.		NGÀY NHẬN: _____ GIỜ: _____	LIÊN LẠC VỚI BỆNH NHÂN NGÀY: _____ ĐỂ TIN NHẮN: 1. _____ CÓ / KHÔNG 2. _____ CÓ / KHÔNG 3. _____ CÓ / KHÔNG
Chữ Ký của Bệnh Nhân hoặc người đại diện	Ngày: _____		
Viết Tên người đại diện của Bệnh Nhân (Giấy Ủy Quyền phải được đính kèm)	Liên Hệ với Bệnh Nhân	<input type="checkbox"/> Faxed <input type="checkbox"/> Gửi Thư <input type="checkbox"/> Tham Vấn <input type="checkbox"/> Không có Hồ Sơ/Thư Báo Viết tắt Tên NGÀY GỬI : _____	