

CHI TIẾT VỀ THÂN CHỦ

HỌ:	TÊN:	TÊN ĐỆM TẮT:
SỐ HỒ SƠ:	SSN:	NGÀY SINH:

CHÚNG TÔI LIÊN LẠC VỚI QUÝ VỊ BẰNG CÁCH NÀO?

SỐ ĐIỆN THOẠI:	ĐỊA CHỈ:	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG:	SỐ ZIP:
----------------	----------	----------------------	---------

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÁ THÂN CHỦ:

VIẾT TÊN CỦA QUÝ VỊ THEO KIỂU CHỮ IN:	LIÊN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI THÂN CHỦ:
---------------------------------------	----------------------------------

AI CÓ THỂ TIẾT LỘ CHI TIẾT:

TÊN NGƯỜI HOẶC THỰC THỂ:	SỐ ĐIỆN THOẠI:	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG:	SỐ ZIP:
MỤC ĐÍCH CỦA YÊU CẦU:		

CHI TIẾT NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC PHÉP TIẾT LỘ

<input type="checkbox"/> Sổ Sách Hóa Đơn	<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chủng Ngừa
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Đầy Đủ	<input type="checkbox"/> Kết Quả Thử Nghiệm
<input type="checkbox"/> Chi Tiết Chẩn Đoán	<input type="checkbox"/> Chi Tiết Về Thuốc Men
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Xuất Viện	<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Sức Khỏe Tâm Thần
<input type="checkbox"/> Chi Tiết Điều Trị Ma Túy/Rượu Bia	<input type="checkbox"/> Hình Ảnh/Video
<input type="checkbox"/> Kết quả thử máu để tìm HIV/AIDS và mọi đề cập đến những kết quả đó	<input type="checkbox"/> Chi Tiết Về Chữa Trị/Dịch Vụ
	<input type="checkbox"/> Chi Tiết Khác: _____

QUYẾT ĐỊNH CHO PHÉP CỦA QUÝ VỊ CÓ Ý NGHĨA GÌ

Chi Tiết Tế Nhị: Hồ sơ có thể bao gồm chi tiết liên quan đến các chứng bệnh phong tình, Hội Chứng Khiếm Khả Năng Miễn Nhiễm Từ Ngoài (AIDS), hoặc Siêu Vi Khuẩn Gây Khiếm Khả Năng Miễn Nhiễm Ở Người (HIV). Hồ sơ cũng có thể bao gồm chi tiết về các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc tâm thần hoặc điều trị tình trạng lạm dụng rượu bia và ma túy.

Quyền Hủy Bỏ: Quý vị có quyền hủy bỏ giấy cho phép này bất cứ lúc nào. nếu quý vị hủy bỏ giấy cho phép này, quý vị phải viết thư thông báo. Việc hủy bỏ của quý vị sẽ không áp dụng cho những chi tiết đã được tiết lộ.

Giai Đoạn Tiết Lộ: Quý vị có thể quy định ngày (hoặc biến cố) bắt đầu và/hoặc hết hiệu lực của giấy phép này. Điều này có nghĩa là hồ sơ sẽ chỉ được tiết lộ cho thời gian quý vị quy định. Việc cho phép này sẽ bắt đầu vào Ngày Bắt Đầu sau đây: _____

• Nếu Ngày Bắt Đầu không được quy định, việc cho phép này sẽ có hiệu lực vào ngày ký tên. Việc cho phép này sẽ hết hạn vào Ngày Chấm Dứt hoặc Biến Cố: _____

• Nếu Ngày Chấm Dứt hoặc Biến Cố không được quy định, việc cho phép này sẽ hết hạn sau một (1) năm tính từ ngày ký tên.

Tiết Lộ Tiếp: Nếu quý vị đã cho phép tiết lộ chi tiết sức khỏe được bảo vệ cho một người không bị luật pháp bắt buộc phải giữ kín, chi tiết đó có thể được tiết lộ tiếp và sẽ không còn được bảo vệ nữa.

Các Quyền Khác:

1. Việc cho phép tiết lộ chi tiết này là tự nguyện. Quý vị có thể từ chối ký tên vào giấy cho phép này. Quý vị không cần ký tên vào mẫu đơn này để được chữa trị. Tuy nhiên, nếu cần phải có giấy cho phép để tham gia trong một cuộc nghiên cứu, thì việc ghi danh tham gia cuộc nghiên cứu có thể bị từ khước.
2. Quý vị có thể xem xét hoặc xin một bản ghi các chi tiết được sử dụng hoặc tiết lộ, như đã được quy định trong 45 Bộ Luật về Các Điều Lệ Của Liên Bang đoạn 164.524.
3. Quý vị có quyền giữ một bản sao của giấy cho phép này. Quý vị có muốn một bản sao của giấy cho phép này không? Có Không
4. Muốn biết thêm chi tiết về các quyền riêng tư của mình, hãy xem Thông Báo về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tư trên website của chúng tôi: www.cosdcompliance.org hoặc liên lạc với Viên Phụ Trách Quyền Riêng Tư ở số 619-338-2808 hoặc tại địa chỉ PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

CHỮ KÝ

CHỮ KÝ:

NGÀY: