

**GIẤY PHÉP CHO TIẾT LỘ  
CHI TIẾT VỀ BỆNH NHÂN**

MH 5671 (Rev. 08/04) Trang 1 trên 3

Chi Tiết Bảo Mật về Bệnh Nhân  
Xem Bộ Luật W&I Đoạn 5328 và  
Luật về Quyền Riêng Tư HIPAA CFR Đoạn 164.508

**CHỈ DẪN:** Hãy dùng mẫu này để xin phép cần thiết khi nhận được yêu cầu cung cấp chi tiết về bệnh nhân, trừ phi yêu cầu nhận được là bản facsimile (bản fax) của mẫu này hoặc có đủ tất cả các chi tiết cần thiết. Hãy lấy chữ ký của bệnh nhân hoặc cha (mẹ)/người giám hộ/người quản hộ. Nếu bệnh nhân ký tên, phải có "chữ ký của nhân chứng." Liệt kê các chi tiết được cung cấp theo giấy phép này ở mặt sau mẫu này.

***Nhân viên bệnh viện không được dùng việc cho phép này làm điều kiện để điều trị hoặc trả tiền. Bệnh nhân có thể từ chối ký giấy cho phép này. Nếu không ký giấy cho phép này, các chi tiết đó sẽ không được tiết lộ trừ trường hợp luật đòi hỏi. Khi có yêu cầu, bệnh nhân có thể xem xét hoặc được cung cấp một bản sao các chi tiết sức khỏe được bảo vệ sẽ được tiết lộ theo giấy cho phép này.***

Tên Bệnh Nhân \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Tháng Ngày NămTôi, \_\_\_\_\_ và/hoặc \_\_\_\_\_  
Tên Bệnh Nhân Tên Cha (Mẹ)/Người Giám Hộ/Người Quản Hộtheo đây cho phép \_\_\_\_\_  
Tên Cơ Quan/Người/Tổ Chức

Địa Chỉ (Đường, Thành Phố, Tiểu Bang và Số Zip)

được tiết lộ cho \_\_\_\_\_

các chi tiết được nêu rõ ở Trang 2 của mẫu này và biết rằng việc tiết lộ đó cho biết là các dịch vụ sức khỏe tâm thần đã/đang được cung cấp.

**GIẤY PHÉP CHO TIẾT LỘ  
CHI TIẾT VỀ BỆNH NHÂN**

MH 5671 (Rev. 08/04) Trang 2 trên 3

Chi Tiết Bảo Mật về Bệnh Nhân  
Xem Bộ Luật W&I Đoạn 5328 và  
Luật về Quyền Riêng Tư HIPAA CFR Đoạn 164.508

Cần tiết lộ các chi tiết này\* cho (các) mục đích sau đây: (ký tắt vào những chỗ thích ứng)

Đánh Giá    Hoạch Định/Chương Trình Điều Trị    Mục đích khác (Nêu rõ) \_\_\_\_\_  
và chỉ giới hạn vào việc tiết lộ các loại chi tiết sau đây (ký tắt vào tất cả những chỗ thích ứng):  
từ (ngày cần thiết) \_\_\_\_\_ đến (ngày cần thiết) \_\_\_\_\_; hoặc bất  
cứ chi tiết/hồ sơ nào được nêu, bất luận ngày nào.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ   | <input type="checkbox"/> Chi Tiết về Cách Ly và<br>Kềm Chế                  | <input type="checkbox"/> Kết Quả Trắc Nghiệm Tâm<br>Lý/Hướng Nghiệp |
| <input type="checkbox"/> Chẩn Đoán   | <input type="checkbox"/> Kết Quả Thử Nghiệm HIV                             | <input type="checkbox"/> (Những) Ngày Hẹn                           |
| <input type="checkbox"/> Lượng Định Tâm Thần   | <input type="checkbox"/> Những Lần Lượng<br>Định/Thăm Định Khác<br>(nêu rõ) | _____   |
| <input type="checkbox"/> Bản Tóm Lược Xuất Viện  | _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Quá Trình Xã Hội  | _____   | <input type="checkbox"/> Chi Tiết Khác (nêu rõ)                     |
| <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Điều Trị Cá Nhân   | _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Chi Tiết Pháp Lý  | _____   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Thăm Định Y Khoa, Thần<br>Kinh, Thử Nghiệm của<br>Phòng Thí Nghiệm, chẳng<br>hạn như EEG, EKG, v.v... | _____   | _____   |

\*Việc tiết lộ chi tiết dựa trên giấy cho phép này có thể được người nhận tiết lộ lại nếu luật pháp cho phép hoặc đòi hỏi. Giấy cho phép này có hiệu lực vào (Tháng/Ngày/Năm) \_\_\_\_\_.  
Giấy cho phép này có thể được người ký tên dưới đây thu hồi bằng văn bản vào bất cứ lúc nào trừ trường hợp đã được tiết lộ. Nếu không thu hồi, giấy cho phép này sẽ chấm dứt vào cuối (đánh dấu một):

- 6 tháng    Một năm hoặc    Ghi Rõ Ngày \_\_\_\_\_  
Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một bản sao của giấy cho phép này.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Bệnh Nhân   Ngày \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Tháng   Ngày   Năm

\_\_\_\_\_  
Cha (Mẹ)/Người Giám Hộ/Người Quản Hộ, nếu có   Ngày \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Tháng   Ngày   Năm

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Nhân Chứng   Ngày \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Tháng   Ngày   Năm

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Chuyên Viên\*   Ngày \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
Tháng   Ngày   Năm

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Chuyên Viên\*   Ngày   Người Xin Phép   Ngày

\* Chuyên viên trong giấy cho phép này chỉ đề cập đến bác sĩ, bác sĩ tâm lý có giấy phép hành nghề hoặc nhân viên xã hội có bằng cao học về công tác xã hội và những chuyên viên này chấp thuận yêu cầu do bệnh nhân đề xướng để tiết lộ hồ sơ của bệnh nhân.

**GIẤY PHÉP CHO TIẾT LỘ  
CHI TIẾT VỀ BỆNH NHÂN**

MH 5671 (Rev. 08/04) Trang 3 trên 3

Chi Tiết Bảo Mật về Bệnh Nhân  
Xem Bộ Luật W&I Đoạn 5328 và  
Luật về Quyền Riêng Tư HIPAA CFR Đoạn 164.508**HỒ SƠ TIẾT LỘ CHI TIẾT**

Các chi tiết sau đây đã được tiết lộ người đứng tên ở mặt trước của mẫu này. Hãy cho biết ngày cụ thể của các phúc trình, hồ sơ, những thông tin được tiết lộ.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ             | <input type="checkbox"/> Chi Tiết Pháp Lý   | <input type="checkbox"/> Những Lần Lượng Định/Thăm Định Khác (nêu rõ) |
| <input type="checkbox"/> Chẩn Đoán                 | <input type="checkbox"/> Thăm Định Y Khoa, Thần Kinh, Thử Nghiệm của Phòng Thí Nghiệm, chẳng hạn như EEG, EKG, v.v... | _____   |
| <input type="checkbox"/> Lượng Định Tâm Thần       |   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Bản Tóm Lược Xuất Viện    | <input type="checkbox"/> Kết Quả Thử Nghiệm HIV   | <input type="checkbox"/> (Những) Ngày Họp                             |
| <input type="checkbox"/> Quá Trình Xã Hội          | <input type="checkbox"/> Kết Quả Trắc Nghiệm Tâm Lý/Hướng Nghiệp  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Điều Trị Cá Nhân |   | _____   |
| <input type="checkbox"/> Chi Tiết Khác:            |   | _____   |

\_\_\_\_\_  
Người Tiết Lộ (Tên & Chức Vụ)\_\_\_\_\_  
Ngày Tiết Lộ