



COUNTY OF SANTA CLARA  
**Health System**

**ỦY QUYỀN CHO XỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ  
THÔNG TIN BẢO MẬT VỀ SỨC KHỎE**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

**1** Tên của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_  
Ngày sinh: \_\_\_\_\_  
ID hoặc Hồ Sơ Bệnh Lý# \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Điện thoại: \_\_\_\_\_

**2 ỦY QUYỀN:** Tôi cho phép \_\_\_\_\_ được xử dụng và tiết lộ cho  
Tên Người Nhận: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ: \_\_\_\_\_  
Điện Thoại: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**3 MỤC ĐÍCH:** Thông tin về sức khỏe được tiết lộ chỉ được xử dụng vào (các) mục đích sau đây:  
Điều hợp các điều khoản và cung cấp các dịch vụ xã hội, pháp lý, hoặc y tế cho tôi và con của  
tôi; lượng dinh dưỡng điều kiện thu hưởng của tôi về những sự điều trị ngoại chấn và/hoặc nội trú

**4 THÔNG TIN ĐƯỢC PHÉP PHỔ BIẾN:** \_\_\_\_\_  
Từ Ngày: \_\_\_\_\_ Đến Ngày: \_\_\_\_\_

- A**  **Hồ Sơ Bệnh Lý**  
 Tất cả thông tin về sức khỏe (như, định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị); HOẶC  
 Hình và/hoặc Phim  Báo Cáo  Hóa Đơn  Nha Khoa
- B**  **Kết Quả Thử HIV/AIDS** (phải có giấy ủy quyền riêng cho mỗi lần tiết lộ.) **Ký tắt:** \_\_\_\_\_
- C**  **Cai Nghiệm Ma Túy & Rượu** (định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn, tham dự) **Ký tắt:** \_\_\_\_\_
- D**  **Sức Khỏe Tâm Trí** (như, định bệnh, kết quả xét nghiệm, điều trị, hóa đơn) **Ký tắt:** \_\_\_\_\_
- E.**  **Thông tin khác** \_\_\_\_\_ **Ký tắt:** \_\_\_\_\_

**5 CÁCH CUNG CẤP THÔNG TIN:**  Gởi thư  Đến lấy  Cách khác \_\_\_\_\_ **6 HÌNH THỨC:**  CD  Phim  Văn Bản  Cách Khác \_\_\_\_\_

**7 THỜI HẠN:** Sự ủy quyền này có hiệu lực ngay và sẽ có hiệu lực đến \_\_\_\_\_ (give date)  
Nếu tôi không ghi ngày thì sự ủy quyền sẽ hết hiệu lực mười hai tháng sau, kể từ ngày ký tên.

**8 HỦY BỎ:** Tôi hiểu tôi có quyền hủy bỏ sự ủy quyền bất cứ lúc nào. Sự hủy bỏ phải (1) bằng văn  
thư; (2) gửi về hoặc nộp tại Health Information Management Department; và 3) có hiệu lực sau  
khi văn phòng này nhận được thư hủy bỏ. Lệnh hủy bỏ sẽ không áp dụng cho những tiết lộ mà  
CSCHS đã thực hiện theo sự ủy quyền này, hoặc nếu cần có sự ủy quyền để được bảo hiểm tài  
trợ và công ty bảo hiểm có quyền khiếu nại yêu cầu tài trợ. Hủy bỏ bằng lời nói sẽ được chấp  
nhận đối với hồ sơ bệnh tâm trí, theo WIC Section 5328. Gọi: 408-885-5770.

**9 ĐIỀU KIỆN:** Tôi hiểu rằng sự điều trị, trả tiền, ghi danh, hoặc điều kiện hưởng quyền lợi sẽ không  
căn cứ vào việc tôi đồng ý hoặc từ chối ủy quyền, trừ khi sự điều trị có liên quan đến việc nghiên  
cứu, hoặc nếu dịch vụ y tế được cung cấp cho tôi chỉ để thiết lập thông tin về sức khỏe để cung cấp  
cho đệ tam nhân. Tôi cũng hiểu tôi có quyền từ chối và không ký tên vào giấy ủy quyền này.  
Bản sao giấy ủy quyền có hiệu lực như bản chính. Tôi có quyền giữ bản sao giấy ủy quyền này.

**10 TÁI PHỔ BIẾN:** Thông tin tiết lộ qua sự ủy quyền này có thể được người nhận tiếp tục phổ biến.  
Một số trường hợp tái phổ biến như vậy không bị Luật California cấm, và có thể không còn được  
bảo vệ bởi Luật Bảo Mật của Liên Bang (HIPAA), mặc dù thông tin được bảo vệ bởi 42 CFR Part  
2 vẫn tiếp tục được sự bảo vệ đó. Ngoài ra, Luật California quy định, người nhận thông tin không  
được quyền tiếp tục tiết lộ thông tin này trừ khi có giấy cho phép khác của tôi, hoặc trừ khi sự tiết  
lộ này theo luật pháp đòi hỏi hoặc cho phép.

**11** \_\_\_\_\_  
Tên của Bệnh Nhân/Đại Diện Bệnh Nhân    Chữ ký của Bệnh Nhân/Đại Diện    Mối Liên Hệ    Ngày



COUNTY OF SANTA CLARA

**Health System**

**ỦY QUYỀN CHO XỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ**

**THÔNG TIN BẢO MẬT VỀ SỨC KHỎE**

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Tên của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

ID hoặc Hồ Sơ Bệnh Lý# \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

**Phụ Bản B: Các Địa Điểm trong Hệ Thống Y Tế Hạt Santa Clara – Được cập nhật và sửa đổi bởi Phòng Lưu Trữ Hồ Sơ Bệnh Lý theo nhu cầu**

**CÁC ĐỊA ĐIỂM GIỮ HỒ SƠ (đánh dấu tất cả các địa điểm liên hệ) :**

Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)

Valley Health Center Bascom

Valley Health Center Downtown

Valley Health Center East Valley

Valley Health Center Gilroy

Valley Homeless Healthcare Program (VHHP)

Santa Clara Valley Dentalcare California

TB/Refugee Clinic

Valley Health Center Milpitas

Valley Health Center Moorpark

Valley Health Center Sunnyvale

Valley Health Center Tully

Valley Specialty Center

Santa Clara Valley Dentalcare El Camino

O'Connor Hospital

O'Connor Medical Clinic

St. Louise Regional Hospital

DePaul Health Center

St. Louise Medical Clinics

Các Y Viện Khác:

Elmwood

Morgan Hill

Other: \_\_\_\_\_

Guadalupe

San Pedro

**GHI CHÚ: My Health Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>)** là trang mạng miễn phí, an toàn và thuận tiện mà quý vị có thể xử dụng để xem rất nhiều thông tin sức khỏe cá nhân trên máy điện toán hoặc điện thoại di động. Thông tin có thể xem được như: tóm tắt hồ sơ bệnh lý của lần nằm viện hoặc khám bệnh gần đây, danh sách thuốc đang xử dụng, chủng ngừa (chích ngừa), tóm tắt bệnh sử, kết quả xét nghiệm quan trọng, vv.... MyHealth Online còn giúp quý vị yêu cầu làm hẹn và ghi tên vào danh sách chờ làm hẹn với bác sĩ của quý vị.