



Bộ Y Tế và Bệnh Viện tiểu bang Louisiana
Đơn Cho Phép Giao Chuyển Hồ Sơ Bệnh Lý
(bao gồm giấy tờ, lời nói, và điện tử)



Tên:	Số An Sinh Xã Hội :	
Địa chỉ	Ngày sanh:	
Thành phố/Bang/Zip code:	Điện thoại:	
Tôi cho phép những nơi đã hoặc đang điều trị bệnh cho tôi giao chuyển hồ sơ bệnh bao gồm những thông tin bảo mật đến cơ quan sau:		
Tên cơ quan:		
Địa chỉ:		
Thành phố/ Bang/ Zip code :		
Mục đích của giấy này là để thiết lập điều kiện cho Medicaid , Tôi cho phép giao chuyển những hồ sơ bệnh lý sau bao gồm những thông tin bảo mật:		
Lịch sử bệnh, thí nghiệm, tường trình, tường trình phẫu thuật, điều trị hay thử nghiệm, toa thuốc, chủng ngừa, hồ sơ bệnh viện bao gồm bản tường trình, tường trình của phòng thí nghiệm, X-quang, tường trình DD, hồ sơ xuất viện.		
Để được hợp lệ với luật tiểu bang và liên bang bắt buộc phải có sự cho phép giao chuyển hồ sơ bệnh lý. Vui lòng cho phép cho phép giao chuyển những hồ sơ liên quan tới tình trạng sức khỏe của quý vị:		
Nghiện rượu, Xi ke, ma túy, tâm thần, hướng nghiệp trị liệu, HIV (AIDS), bệnh hoa liễu, bệnh gia truyền, hồ sơ tâm lý		
Tôi không cho phép giao chuyển những hồ sơ bệnh lý sau đây: (Nếu không có gì áp dụng cho trường hợp của quý vị thì để trống)		

Vui lòng giao chuyển hồ sơ bệnh lý trong vòng thời gian từ ngày _____ cho tới ngày _____		
Đơn Cho Phép Giao Chuyển Hồ Sơ Bệnh Lý này sẽ hết hạn vào ngày _____		
Tôi hiểu rằng nếu tôi không điền ngày rõ ràng, đơn này sẽ tự động hết hạn trong vòng sáu (6) tháng tính từ ngày tôi ký. Tôi chứng nhận tôi đã đọc trang 1 và 2 của mẫu đơn này. Tôi cho phép bản sao (kể cả dưới hình thức điện tử hay là fax) của đơn này để được sử dụng như đã nêu trên		
Chữ ký cá nhân hoặc người đại diện	Ngày	
CHỈ DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG:		
Đại diện cơ quan:	Ngày:	
Điện thoại:	Fax:	Email:

Thông Tin Quan Trọng Về Giấy Phép Đây

Medicaid có thể cần giấy cho phép này để thu thập những thông tin về sức khỏe của quý vị cho việc thiết lập bảo hiểm.

Quý vị không bị bắt buộc ký giấy này. Nếu quý vị đồng ý ký vào giấy này để tiết lộ thông tin thì quý vị sẽ nhận được một bản copy có chữ ký của quý vị

Một giấy phép riêng có chữ ký cần cho việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin cho tâm lý trị liệu như đã được định nghĩa trong HIPAA Privacy Rule

Khi luật pháp hoặc điều lệ bắt buộc, Medicaid chỉ thu thập, dùng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị nếu giấy cho phép có tất cả những thành phần của một giấy phép hợp lệ

Giấy phép này là tự nguyện. Quý vị không bị bắt buộc phải ký giấy như một điều kiện để được chữa trị hoặc được trả tiền cho những dịch vụ y tế. Nếu giấy cho phép được yêu cầu bởi luật pháp và điều luật, Medicaid sẽ sử dụng và tiết lộ thông tin về sức khỏe của quý vị như đã đồng ý trong giấy cho phép đã ký tên.

Quý vị có thể hủy giấy cho phép này bất cứ lúc nào nhưng việc hủy bỏ này sẽ không ảnh hưởng đến việc sử dụng hoặc tiết lộ đã được làm trước khi giấy cho phép được hủy bỏ.

Thông tin được tiết lộ bởi giấy cho phép này có thể được thu hồi bởi Medicaid theo luật pháp