



ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN NGƯỜI TIÊU DÙNG

Thông Tin Người Tiêu Dùng			
Họ	Tên	Tên lót	Ngày Sinh
Địa chỉ	Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính		Số UCI

Cá Nhân/Tổ Chức Cung Cấp Thông Tin

- ☐ Sở Dịch Vụ Phát Triển Cho Người Khuyết Tật
☐ Trung tâm Phát triển Porterville
☐ Trung tâm Phát triển Canyon Springs
☐ Cơ sở Trợ giúp Ổn định, Đào tạo, Hỗ trợ và Tái hòa nhập (STAR):

_____ (Vị trí STAR home)

☐ Khác: _____

Người/Tổ Chức Nhận Thông Tin

Tên: _____

Địa Chỉ: _____

Thành phố/Tiểu bang/Mã bưu chính: _____

Điện thoại: _____

Email: _____

- ☐ Thông tin có thể được gửi và nhận giữa các bên được liệt kê ở trên.

Khi DDS nhận được Ủy Quyền, thông tin về người tiêu dùng/sức khỏe có thể được sử dụng hoặc công khai cho mục đích được liệt kê cụ thể trong giấy ủy quyền.

☐ Thời gian công bố hồ sơ: _____ đến _____

HOẶC

☐ Công bố hồ sơ được ủy quyền bên dưới, bất kể ngày tháng.

Thông Tin Bảo Mật Của Bệnh Nhân: Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (W&I), Mục 4514 Quy tắc bảo mật HIPAA CFR Mục 164.508



ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN NGƯỜI TIÊU DÙNG

Mô tả thông tin sẽ được công bố:

(Tất cả hồ sơ được DDS thu thập, lưu giữ, sử dụng, công khai đều là Hồ sơ Sức khỏe Tâm thần.)

- ☐ Thông tin nhận dạng cá nhân, Chẩn đoán và/hoặc Thông tin nhân khẩu học
- ☐ Kế hoạch chương trình cá nhân (IPP)
- ☐ Hồ sơ thuốc
- ☐ Báo cáo xét nghiệm lâm sàng
- ☐ Khám sức khỏe/Tiền sử bệnh án
- ☐ Hồ sơ điều trị Rối loạn sử dụng chất (SUD)
- ☐ Thông tin thanh toán/yêu cầu bồi thường/mua dịch vụ
- ☐ Văn bản pháp lý
- ☐ Khác (Vui lòng nêu cụ thể): _____

ỦY QUYỀN NÀY CHỈ CHO PHÉP CÔNG KHAI MỘT LẦN CÁC HỒ SƠ SAU ĐÂY. CÁC THÔNG TIN CÔNG KHAI TIẾP THEO SẼ CẦN CÓ SỰ ỦY QUYỀN KHÁC.

Hồ Sơ Được Bảo Vệ Đặc Biệt	Chữ Viết Tắt Tên Của Người Tiêu Dùng
☐ Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS	
☐ Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền	

Mục Đích Công Bố Thông Tin

- ☐ Theo Yêu Cầu Của Người Tiêu Dùng (Chỉ Khi Người Tiêu Dùng Khởi Tạo Ủy Quyền)
- ☐ Đại Diện Pháp Lý
- ☐ Khác: _____

Thông Tin Bảo Mật Của Bệnh Nhân: Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (W&I), Mục 4514 Quy tắc bảo mật HIPAA CFR Mục 164.508



ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN NGƯỜI TIÊU DÙNG

Mục Đích Công Bố Thông Tin

Tôi hiểu:

Tôi ủy quyền công bố (đồng ý chia sẻ) thông tin sức khỏe cá nhân của tôi. Khi thông tin được gửi đến/từ Sở Dịch Vụ Phát Triển Cho Người Khuyết Tật, người/tổ chức khác sẽ biết rằng tôi đã nhận được các dịch vụ phát triển.

Tôi ký Giấy Ủy Quyền này một cách tự nguyện (theo lựa chọn của riêng tôi - không bị ép buộc) và việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện hưởng phúc lợi của tôi sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký giấy ủy quyền này.

Thông tin được công bố có thể được chia sẻ lại với người khác và sẽ không còn được bảo vệ nếu thông tin đó được công khai cho bất kỳ ai ngoài thực thể được bảo vệ.

Người yêu cầu thông tin có thể phải trả một khoản phí hợp lý để trang trải chi phí sao chép và bưu phí.

Tôi có quyền nhận một bản sao của Giấy ủy quyền này.

Quyền sửa đổi hoặc thu hồi: Trước khi công bố bất kỳ thông tin nào, tôi có quyền sửa đổi hoặc thu hồi Ủy quyền này (thay đổi quyết định và không cho phép công bố thông tin), trừ khi:

1. DDS đã cung cấp hồ sơ dựa trên ủy quyền này; hoặc
2. Ủy quyền này được cấp như một điều kiện để được bảo hiểm, luật khác quy định bên bảo hiểm có quyền khiếu nại yêu cầu bồi thường theo hợp đồng bảo hiểm hoặc chính hợp đồng bảo hiểm đó.

Thông Tin Bảo Mật Của Bệnh Nhân: Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (W&I), Mục 4514 Quy tắc bảo mật HIPAA CFR Mục 164.508



ỦY QUYỀN CÔNG BỐ THÔNG TIN NGƯỜI TIÊU DÙNG

Để sửa đổi hoặc thu hồi, tôi sẽ gửi yêu cầu bằng văn bản tới:

- ☐ Sở Dịch Vụ Phát Triển Cho Người Khuyết Tật
- ☐ Trung tâm Phát triển Porterville
- ☐ Trung tâm Phát triển Canyon Springs
- ☐ Cơ sở Trợ giúp Ổn định, Đào tạo, Hỗ trợ và Tái hòa nhập (STAR):

(Vị trí STAR home)

- ☐ Khác: Như đã xác định ở trên là “Người/Cơ quan cung cấp thông tin”.

Nếu không được thu hồi, Ủy quyền này sẽ hết hạn vào cuối:

- ☐ Ngày (ghi rõ): _____
- ☐ 6 tháng
- ☐ Một năm
- ☐ Sự kiện (nêu rõ): _____

Chữ Ký Của Người Tiêu Dùng HOẶC ☐ Đại Diện Cá Nhân	Ngày
Tên Viết In Hoa	
☐ Cá nhân này là người tiêu dùng hiện tại, tôi đã xem xét Giấy ủy quyền này với người tiêu dùng trước khi ký vào biểu mẫu. ☐ Tôi đã xác minh được thẩm quyền của Người đại diện cá nhân để ký thay mặt cho Người tiêu dùng.	
Chữ ký của nhân viên	Ngày
Tên Viết In Hoa	

Thông Tin Bảo Mật Của Bệnh Nhân: Xem Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế (W&I), Mục 4514 Quy tắc bảo mật HIPAA CFR Mục 164.508