

Tên, họ bệnh nhân _____ Ngày sinh ____/____/____ Tên, họ trước đây _____
Số điện thoại (____) _____ Bốn chữ số cuối của số An sinh Xã hội _____ (không bắt buộc)
Địa chỉ _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

TÔI CHO PHÉP GỬI HỒ SƠ CỦA TÔI TỪ:

Các bệnh viện thuộc Corewell Health West:

- ☐ Butterworth Hospital, Helen Devos Children's Hospital, Meijer Heart Center, Lemmen-Holton Cancer, các Trung tâm Phẫu thuật (East Paris, Lake Drive, South Pavilion)
☐ Blodgett Hospital ☐ Big Rapids Hospital ☐ Gerber Hospital ☐ Greenville Hospital
☐ Ludington Hospital ☐ Pennock Hospital ☐ Reed City Hospital ☐ Zeeland Hospital
☐ _____

Các bệnh viện thuộc Corewell Health Southeast:

- ☐ Royal Oak Hospital ☐ Dearborn Hospital ☐ Farmington Hills Hospital
☐ Taylor Hospital ☐ Trenton Hospital ☐ Grosse Pointe Hospital
☐ Troy Hospital ☐ Wayne Hospital ☐ _____

Các bệnh viện thuộc Corewell Health Southwest:

- ☐ Lakeland Hospital - St. Joseph ☐ Watervliet Hospital
☐ Lakeland Hospital - Niles ☐ _____

Văn phòng Y tế thuộc Corewell Health:

- ☐ Cho biết tên của văn phòng hay bác sĩ _____

Tổ chức khác: Tên _____ Fax (____) _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____

TÔI CHO PHÉP GỬI HỒ SƠ CỦA TÔI ĐẾN: (Chỉ chọn một)

- ☐ Địa chỉ ghi trên, qua bưu điện và dưới dạng: ☐ Giấy ☐ Đĩa CD (một số địa điểm có thể không có sẵn dạng này)
☐ Cổng thông tin bệnh nhân MyChart ☐ Email _____
☐ Nơi khác: Tên người/tổ chức _____
Địa chỉ _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu chính _____
Điện thoại (____) _____ Fax (____) _____

THÔNG TIN ĐƯỢC YÊU CẦU

Về dịch vụ được nhận vào (các) ngày _____

Thông tin:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Hồ sơ tóm tắt (Báo cáo bác sĩ và kết quả kiểm tra) | ☐ Báo cáo về thủ thuật | ☐ Kết quả hình chụp quang tuyến (xem phần dành cho hình chụp dưới đây) |
| ☐ Hồ sơ tư vấn | ☐ Hồ sơ khám tại văn phòng | ☐ Các hồ sơ liên quan đến vấn đề cụ thể là _____ |
| ☐ Thông tin khi xuất viện | ☐ Kết quả điện não đồ/điện tâm đồ/đo điện cơ | ☐ Hóa đơn, loại: _____ |
| ☐ Phòng cấp cứu | ☐ Hồ sơ chủng ngừa | ☐ UB04 ☐ 1500 ☐ Hóa đơn chi tiết |
| ☐ Tiền sử y tế và kết quả khám tổng quát | ☐ Kết quả xét nghiệm | ☐ _____ |
| | ☐ Báo cáo bệnh học | |

Phần dành cho hình chụp quang tuyến: Chọn loại hình chụp và (các) ngày nhận dịch vụ cụ thể cần được tiết lộ. Hình chụp có thể được gửi dưới dạng đĩa CD hay qua email bảo mật (dịch vụ Ambra). Cho biết địa chỉ email (trên đây)

- | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| ☐ X quang | ☐ Cộng hưởng từ (MRI) | ☐ Cắt lớp điện toán (CT) | ☐ Y khoa hạt nhân |
| ☐ Siêu âm | ☐ Nhũ ảnh | ☐ Hình PET/CT | ☐ Điện quang can thiệp |

Ngày: _____ **Ngày:** _____ **Ngày:** _____ **Ngày:** _____

MỤC ĐÍCH TIẾT LỘ THÔNG TIN

LƯU Ý: Đây là phần bắt buộc khi hồ sơ được tiết lộ cho bất kỳ người nào không phải là bệnh nhân.

- ☐ Theo yêu cầu của bệnh nhân ☐ Luật sư/Pháp lý ☐ Bảo hiểm
☐ Tiếp tục chăm sóc cho bệnh nhân
☐ Mục đích khác (cho biết cụ thể) _____

Nếu quý vị KHÔNG MUỐN tiết lộ bất kỳ thông tin nào trong các loại thông tin được bảo vệ đặc biệt dưới đây thì hãy đánh dấu vào (các) ô vuông chỉ loại thông tin đó:

- ☐ Thông tin về bệnh lây truyền và các tình trạng bệnh/nhiễm trùng lây truyền nghiêm trọng như được định nghĩa trong luật pháp và theo quy định của Sở Y tế Công cộng Michigan, bao gồm bệnh hoa liễu (VD), bệnh lao (TB), viêm gan B, vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV), xét nghiệm HIV, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), giai đoạn phức hợp cận AIDS (ARC) và _____ (cho biết cụ thể nếu biết).
- ☐ Thông tin về việc điều trị tình trạng lạm dụng ma túy và rượu bia, chiếu theo chương 42, Phần 2 của Bộ Quy định Liên bang.
- ☐ Hồ sơ về việc điều trị tâm thần, các dịch vụ tâm lý và thông tin dịch vụ xã hội, bao gồm những gì tôi đã trao đổi với một cán sự xã hội hay bác sĩ tâm lý.
- ☐ Tiết lộ kết quả xét nghiệm DNA của tôi liên quan đến việc chẩn đoán bệnh _____ (Ví dụ: bệnh Huntington, ung thư vú (BRCA1, BRCA2), ung thư đại tràng, bệnh thận đa nang, bệnh xơ nang, v.v.)

Tôi hiểu rằng các hướng dẫn dành cho bệnh nhân xuất viện và hồ sơ từ những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác có thể được tiết lộ theo yêu cầu thông thường này. Tôi cũng công nhận rằng Corewell Health không có trách nhiệm và sẽ không chịu trách nhiệm pháp lý đối với độ chính xác hay tính hợp lệ của bất kỳ hồ sơ nào xuất phát từ một nhà cung cấp dịch vụ không thuộc Corewell Health.

Có khả năng là những thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này có thể được người nhận tiết lộ tiếp cho người khác và không còn được bảo vệ theo Đạo luật Trách nhiệm và Quyền chuyển đổi Bảo hiểm (HIPAA) của Liên bang. Tuy nhiên, nếu thông tin được tiết lộ theo giấy cho phép này thuộc một trong các loại thông tin được bảo vệ nêu trên thì luật pháp có thể cấm việc tiết lộ tiếp thông tin đó. Các luật pháp này bao gồm: Bộ luật về Sức khỏe Tâm thần Michigan (mục 748, 749 và 750 của Luật công số 258 năm 1974 được sửa đổi) và Chương 42, Phần II của Bộ Quy định Liên bang. Trong trường hợp đó, người nhận thông tin không được phép sao chép, chia sẻ hay tiết lộ tiếp thông tin đó trừ phi điều đó phù hợp với mục đích sử dụng được cho phép trong giấy này.

Giấy cho phép này có thể được hủy bỏ bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào theo quy định trong Thông báo chung về Chính sách Bảo vệ Quyền riêng tư của Corewell Health. Corewell Health không coi việc ký giấy cho phép này như một điều kiện bắt buộc để được điều trị, ghi danh chương trình thanh toán dịch vụ hay để hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi.

Giấy cho phép này sẽ có hiệu lực trong một (1) năm kể từ ngày tôi ký tên, trừ phi tôi chỉ định khoảng thời gian khác _____

GIỜ _____ NGÀY _____ Chữ ký của Bệnh nhân hay Người Đại diện Hợp pháp _____
Cơ sở thẩm quyền pháp lý để hành động thay mặt cho bệnh nhân _____

GIỜ _____ NGÀY _____ _____
Nhân chứng

GIỜ _____ NGÀY _____ _____
Nhân chứng thứ hai (bắt buộc nếu bệnh nhân không có khả năng ký tên hoặc thực hiện việc cho phép bằng lời nói)

OFFICE USE ONLY (DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG)

Identification (ID) checked? ☐ Yes ☐ No Driver's license number _____
Copies sent: ☐ To MyChart ☐ Mailed ☐ Faxed ☐ Emailed ☐ Picked up
Medical record number _____
Completed by _____ (print staff name)