CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Giấy phép này cho phép (các) bác sĩ có tên dưới đây tiết lộ thông tin và hồ sơ y tế bí mật. Lưu ý: *Thông tin và hồ sơ điều trị của trẻ vị thành niên, của các bệnh nhận bị nhiễm HIV, mắc bệnh tâm thần, hoặc lạm dụng rượu/ma túy đều có những quy luật đặc biệt cần phải có sự cho phép cụ thể.*

CẤP PHÉP

Tôi cho phép:

Bác sĩ/Trung tâm Điều trị

Tiết lộ thông tin của

(Tên Bệnh nhân)

(Ngày sinh của Bệnh nhân) qua thư, fax, hoặc các hình thức điện tử khác liên quan đến bệnh sử của tôi, bệnh trạng hoặc thương tích, tư vấn, thuốc toa, điều trị, chẩn đoán hoặc tiên lượng, kể cả hình chụp quang tuyến, thư từ và/hoặc hồ sơ y tế bao gồm những hồ sơ từ các bác sĩ khác mà bác sĩ có tên trên đây có thể biết được.

Gửi:

Tên

Địa chỉ

Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Thông tin/hồ sơ y tế sẽ được dùng cho mục đích sau đây:

Sự cho phép này là:

[ ] Không giới hạn (tất cả hồ sơ, ngoại trừ hồ sơ về Lạm dụng Rượu/Ma túy, Sức khỏe Tâm thần, Chẩn đoán/Điều trị HIV)

[ ] Giới hạn cho thông tin y tế sau đây:

Tôi cũng đồng ý cho phép tiết lộ các hồ sơ cụ thể sau đây:

Thuốc/Rượu/Ma túy

Xét nghiệm Tâm thần đối với các

Kháng thể để chấn đoán/Điều trị HIV

Thông tin Di truyền

(viết tắt tên)

* (viết tắt tên)

(viết tắt tên)

(viết tắt tên)

(viết tắt tên)

THỜI HẠN

Giấy phép này sẽ có hiệu lực tức thì và cho đến khi

GIỚI HẠN

Ngày

Không được phép sử dụng hoặc tiết lộ thêm thông tin này trừ khi đã xin phép tôi lần nữa hoặc nếu bị bắt buộc theo luật.

Bản sao hoặc fax của giấy phép này cũng có hiệu lực tương tự như bản gốc.

Tôi đã được thông báo rằng tôi có quyền nhận một bản sao của giấy phép này.

Chữ ký của bệnh nhân *hoặc đại diện hợp pháp* Quan hệ *nếu khác với đại diện của bệnh nhân*

\_

(Tên Bệnh nhân) Ngày

Số An sinh Xã hội của Bệnh nhân Ngày sinh của Bệnh nhân

Tên của nhân chứng Chữ ký của Nhân chứng