

Patient Name

MRN

Date

Ủy Quyền Xem Thông Tin về Sức Khỏe trong myHealth Online cho Bệnh Nhân Thành Niên

(Authorization to Grant Access to Health Information in myHealth Online for Adult Patients)

Quy Luật và Điều Kiện: Bệnh nhân của Santa Clara Valley Health & Hospital System có thể ủy quyền cho một người thành niên khác, ít nhất là 18 tuổi trở lên, được xem thông tin về việc điều trị y khoa, tâm trí và cai nghiện trong trang mạng myHealth Online. Nếu quý vị muốn cho một người khác, như người phối ngẫu, người chăm sóc, hoặc thân nhân trong gia đình được quyền vào trang mạng để xem các thông tin có trong myHealth Online của quý vị thì quý vị phải điền và ký tên Giấy Ủy Quyền sau đây, và nộp trở lại cho y viện sau khi đã hoàn tất.

Các đại diện thành niên (đại diện thụ ủy) của bệnh nhân thành niên sẽ được quyền xem toàn bộ thông tin và các đề mục dành cho bệnh nhân đó. (Xem Chỉ Dẫn để biết thêm chi tiết về các đề mục.) Giấy Ủy Quyền này **KHÔNG** cho người đại diện thụ ủy 1) thay mặt cho bệnh nhân để quyết định việc điều trị HOẶC 2) xem thông tin về sức khỏe nào khác ngoài thông tin trong myHealth Online.

Tôi hiểu rằng thông tin về sức khỏe mà người đại diện được ủy nhiệm có thể xem khi được cho phép, **bao gồm:**

1. Xem các phần trong hồ sơ bệnh lý, bao gồm thông tin y khoa, sức khỏe tâm trí, và điều trị cai nghiện;
2. Yêu cầu lấy thêm thuốc;
3. Xem kết quả xét nghiệm;
4. Làm hẹn hoặc yêu cầu hẹn; và
5. Gửi và trả lời các tin nhắn điện tử an toàn, không khẩn cấp, với các bác sĩ.

Patient Name

MRN

Date

Ủy Quyền Xem Thông Tin về Sức Khỏe trong myHealth Online cho Bệnh Nhân Thành Niên

(Authorization to Grant Access to Health Information in myHealth Online for Adult Patients)

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ: Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ sự ủy quyền này bất cứ lúc nào. Ngoại trừ có sự hủy bỏ chính thức, sự Ủy Quyền này sẽ không bao giờ hết hạn. Quyền xem hồ sơ của người đại diện có thể được hủy bỏ trên mạng qua myHealth Online, hoặc đến y viện, hoặc gửi email về địa chỉ:

myHealthonline@hhs.sccgov.org. Sự hủy bỏ sẽ không áp dụng đối với những gì SCVHHS đã thực hiện qua sự ủy quyền này.

Tôi hiểu rằng sự điều trị, trả tiền, ghi danh, hoặc điều kiện hưởng quyền lợi sẽ không căn cứ vào việc tôi chấp thuận hoặc từ chối sự ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền từ chối và không ký tên vào giấy ủy quyền này. Bản sao giấy ủy quyền này cũng có hiệu lực như bản chính. Tôi có quyền nhận một bản sao giấy ủy quyền này.

Thông tin đã được tiết lộ theo sự ủy quyền này có thể được người nhận tái tiết lộ cho người khác. Sự tái tiết lộ này, trong một số trường hợp, không bị cấm đoán bởi luật của California, và có thể không còn được bảo mật theo luật bảo mật (HIPAA) của liên bang, mặc dù thông tin được bảo vệ bởi 42 CFR Part 2 vẫn tiếp tục được sự bảo vệ đó. Ngoài ra, luật California cấm người nhận thông tin về sức khỏe của tôi không được tiết lộ thêm ngoại trừ sự tiết lộ đó có một sự ủy quyền khác của tôi, hoặc sự tiết lộ theo luật đòi hỏi hoặc cho phép.

Patient Name _____

MRN _____

Date _____

Ủy Quyền Xem Thông Tin về Sức Khỏe trong myHealth Online cho Bệnh Nhân Thành Niên

(Authorization to Grant Access to Health Information in myHealth Online for Adult Patients)

ỦY QUYỀN:

Tôi nơi đây ủy quyền cho Santa Clara Valley Health & Hospital System (SCVHHS), được cấp quyền xem thông tin của tôi trong myHealth Online, bao gồm thông tin về HIV, sử dụng ma túy/rượu, và về sức khỏe tâm trí nếu có, cho người đại diện được ủy nhiệm có tên dưới đây:

Đại Diện Thu Ủy:

Họ và Tên Hợp Pháp: _____

Ngày Sinh (MM/DD/YYYY): _____

Địa Chỉ Gửi Thư: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang _____ Zip: _____

E-mail/ Điện thư: _____

Liên Hệ với bệnh nhân: _____

Người Đại Diện Thu Ủy có phải là bệnh nhân của SCVHHS?

Phải Không

*Điều này giúp chúng tôi liên kết hồ sơ của bệnh nhân với hồ sơ MHO hiện tại của quý vị.

Nếu phải, Số Hồ Sơ Bệnh Lý của người đại diện thụ ủy: _____

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và đồng ý theo các quy luật và điều kiện của myHealth Online, và tôi yêu cầu quyền đại diện xem hồ sơ của tôi được cấp như sự chỉ định trên đây.

Bệnh Nhân ký tên: _____

Ngày: _____