

## Ủy quyền tiết lộ hồ sơ y tế (Còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ)

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

tôi cho phép Bên sáng tiết lộ thông tin từ cái tôi của tôighi âm, có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở, Thông tin về chẩn đoán tâm thầnNó làS, điều trị và/hoặc kê đơn thuốc cho người có tên cá nhân hoặc tổ chức được liệt kê bên dưới thông qua phương tiện sau (chọn một):  
 Email  Số fax

Tên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Số fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Cc: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng hồ sơ y tế của tôi có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở: bản tóm tắt về bệnh sử của tôi; thời gian và ngày điều trị; thông tin về gia đình và trải nghiệm xã hội liên quan đến việc điều trị của tôi; kết quả xét nghiệm lâm sàng; thuốc theo toa; tóm tắt các chẩn đoán và triệu chứng; và ghi chú điều trị. Nếu có những thành phần trong hồ sơ của tôi mà tôi muốn biên tập lại, tôi nên liên hệ với nhóm Dịch vụ Thành viên của Brightside.

Tôi hiểu rằng hồ sơ sức khỏe của tôi có thể bao gồm thông tin liên quan đến các bệnh lây truyền qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), virus gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) hoặc xét nghiệm di truyền.

Có, tôi đồng ý tiết lộ thông tin này.  KHÔNG, vui lòng loại bỏ thông tin này khỏi hồ sơ của tôi trước khi tiết lộ.

Tôi hiểu rằng hồ sơ sức khỏe của tôi có thể bao gồm thông tin liên quan đến việc sử dụng và/hoặc lạm dụng chất gây nghiện, chẳng hạn như ma túy và rượu.

Có, tôi đồng ý tiết lộ thông tin này.  KHÔNG, vui lòng loại bỏ thông tin này khỏi hồ sơ của tôi trước khi tiết lộ.

Mục đích/lý do của việc tiết lộ thông tin này như sau:

\_\_\_\_\_  
(mô tả ngắn gọn)

- Tôi hiểu rằng, trừ khi được rút lại, giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau 180 ngày kể từ ngày ký. Bản sao của mẫu đơn này sẽ được coi là có giá trị như bản gốc.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi giấy phép này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho Brightside bằng văn bản và giấy phép này sẽ hết hiệu lực vào ngày được thông báo ngoại trừ trong phạm vi hành động đã được thực hiện dựa trên nó.
- Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể bị người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi các quy định về quyền riêng tư của liên bang. Tuy nhiên, luật tiểu bang hoặc liên bang khác có thể cấm người nhận tiết lộ thông tin được bảo vệ đặc biệt, chẳng hạn như thông tin điều trị lạm dụng chất gây nghiện và/hoặc thông tin sức khỏe tâm thần.
- Tôi hiểu rằng việc tôi từ chối ký vào Giấy cho phép này sẽ không gây nguy hiểm cho quyền được điều trị khuyết tật tâm thần hiện tại hoặc tương lai của tôi trừ khi việc tiết lộ thông tin là cần thiết cho việc điều trị.
- Việc chăm sóc sức khỏe và thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của tôi tại Brightside sẽ không bị ảnh hưởng nếu tôi không ký vào biểu mẫu này.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu một bản sao của mẫu đơn này sau khi tôi ký tên.
- Tôi xác nhận rằng Brightside có thể yêu cầu xác minh danh tính của tôi trước khi thực hiện bản phát hành này và việc không tuân thủ các yêu cầu xác minh danh tính kịp thời sẽ gây ra sự chậm trễ trong việc xử lý bản phát hành này.
- Tôi xác nhận rằng Brightside không chịu trách nhiệm về việc tiết lộ hồ sơ không đúng cách do bất kỳ thông tin sai lệch nào mà tôi có thể đã cung cấp khi hoàn thành biểu mẫu này.
- Tôi hiểu rằng hồ sơ sức khỏe của tôi có thể chứa các báo cáo, chẩn đoán, ghi chú và thông tin khác mà chỉ bác sĩ có trình độ chuyên môn mới có thể giải thích được. Tôi hiểu và đã được khuyên rằng tôi nên liên hệ với nhà cung cấp Brightside của mình nếu có thắc mắc liên quan đến các mục được ghi trong hồ sơ sức khỏe của tôi để tránh hiểu nhầm về thông tin có trong các mục này. Tôi sẽ không buộc Brightside, các nhà cung cấp, nhân viên hoặc cộng sự của Brightside phải chịu trách nhiệm pháp lý về bất kỳ sự hiểu sai nào về thông tin trong hồ sơ y tế của tôi do không tham khảo ý kiến nhà cung cấp của tôi để có cách giải thích chính xác.

### Chữ ký:

Bằng việc đánh dấu vào ô này và gõ tên tôi bên dưới, tôi đang ký điện tử vào bản phát hành này.

\_\_\_\_\_

Brightside

**Ủy quyền tiết lộ hồ sơ y tế**

(Còn được gọi là Thông tin sức khỏe được bảo vệ)

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người giám hộ hợp pháp

Ngày

---

Mối quan hệ với bệnh nhân (nếu người giám hộ hợp pháp)