

Ủy Quyền Cho Phép Bác Sĩ Nhà Trường Truy Cập Hồ Sơ Sức Khỏe Điện Tử (EHR)**Bệnh Nhân/Học Sinh 12 Tuổi Trở Lên Cần Hoàn Thành**

VIỆC KHÔNG CUNG CẤP TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN CÓ THỂ KHIẾN CHO BIỂU MẪU ỦY QUYỀN CHO PHÉP NÀY KHÔNG CÓ HIỆU LỰC

Việc hoàn tất biểu mẫu này cho phép bác sĩ tại trường của em truy cập Hồ Sơ Sức Khỏe Điện Tử (EHR) của em tại CHOC (Bệnh Viện Nhi Quận Cam). Mục đích của việc truy cập này là nhằm giúp bác sĩ tại trường của em quản lý tốt hơn dịch vụ chăm sóc y tế của em trong mối quan hệ đối tác với CHOC.

EHR của em là cơ sở dữ liệu điện tử chứa tiền sử y tế của cá nhân em. Cơ sở dữ liệu này có thể bao gồm thông tin liên quan đến các tình trạng nhạy cảm, như sức khỏe tâm thần, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, kết quả xét nghiệm hoặc tình trạng chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS cũng như việc mang thai. Nếu quá trình chăm sóc y tế trong quá khứ, hiện tại hoặc tương lai của em có các tình trạng nhạy cảm, bác sĩ tại trường của em có thể xem những thông tin này.

Biểu mẫu ủy quyền cho phép này có giá trị từ ngày em ký tên đến hết ngày 07/31/2026.

Em phải hoàn tất biểu mẫu này hàng năm nếu em muốn bác sĩ nhà trường tiếp tục có quyền truy cập. Việc hoàn tất biểu mẫu này là không bắt buộc. Nếu em chọn không hoàn tất biểu mẫu này, bác sĩ tại trường của em sẽ không có quyền truy cập EHR của em và em sẽ không bị phạt.

Thông Tin Về Bệnh Nhân/Học Sinh (Vui Lòng Viết In Hoa):

Họ:	Tên:	Tên Đệm:	
Ngày Sinh (MM/DD/YYYY):			
Địa Chỉ Đường Phố:	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:

Thông Tin Về Trường Học (Vui Lòng Viết In Hoa)

Tên Trường:	Học Khu:
Địa Chỉ Gửi Thư Của Trường:	
Số Điện Thoại Của Trường:	Số Fax Của Trường:
Tên Viết In Hoa của Người Liên Hệ Tại Trường Học:	Email:

XEM TIẾP Ở MẶT SAU

Việc ủy quyền cho phép truy cập EHR trong biểu mẫu này chỉ dành cho bác sĩ nhà trường được CHOC phê duyệt trước tham gia vào chương trình này.





Ủy Quyền Cho Phép Bác Sĩ Nhà Trường Truy Cập Hồ Sơ Sức Khỏe Điện Tử (EHR)

Bệnh Nhân/Học Sinh 12 Tuổi Trở Lên Cần Hoàn Thành

- Tất cả việc điều trị, thanh toán, ghi danh và điều kiện hội đủ nhận phúc lợi sẽ không bị ảnh hưởng bởi việc em cung cấp hay từ chối cung cấp ủy quyền cho phép này.
- Em có thể rút lại ủy quyền cho phép này bất kỳ lúc nào. Em phải rút lại ủy quyền cho phép bằng văn bản và gửi tới Health Information Management Department (Phòng Quản Lý Thông Tin Y Tế) tại CHOC.
- Việc em rút lại ủy quyền cho phép sẽ có hiệu lực ngay sau khi được tiếp nhận nhưng sẽ không có hiệu lực nếu CHOC đã xử lý yêu cầu tiết lộ thông tin y tế ban đầu.
- Em hiểu rằng em có thể kiểm tra hoặc nhận các bản sao thông tin y tế đã được tiết lộ với một khoản phí.
- Em hiểu rằng sau khi thông tin ở trên được tiết lộ, người nhận có thể tái tiết lộ và thông tin này có thể không còn được các luật hoặc quy định về quyền riêng tư của liên bang bảo vệ. Luật pháp California cấm người nhận thông tin y tế của em tái tiết lộ những thông tin đó trừ khi có văn bản ủy quyền cho phép của em hoặc theo quy định cụ thể của pháp luật.

Em có quyền nhận một bản sao của biểu mẫu ủy quyền cho phép này.

Yêu Cầu Bản Sao ☐ Có ☐ Không Ký Tất _____ Ngày _____

Bệnh Nhân/Học Sinh Cho Phép

Tên (Vui Lòng Viết In Hoa):		
Điện Thoại:	Email:	
Chữ Ký:	Ngày:	Giờ:

Việc ủy quyền cho phép truy cập EHR trong biểu mẫu này chỉ dành cho bác sĩ nhà trường được CHOC phê duyệt trước tham gia vào chương trình này.

CHOC HIM USE ONLY:

Proxy Access Granted By (Print Name): _____ MRN: _____ Date: ____ / ____ / ____

