

Ủy Quyền Cho Phép Bác Sĩ Nhà Trường Truy Cập Hồ Sơ Sức Khỏe Điện Tử (EHR) **Phụ Huynh của Bệnh Nhân/Học Sinh 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 con em quý vị truy cập Hồ Sơ Sức Khỏe Điện Tử (EHR) của con tại CHOC (Bệnh Viện Nhi Quận Cam). Mục đích của việc truy cập này là nhằm giúp bác sĩ tại trường của con em quý vị quản lý tốt hơn dịch vụ chăm sóc y tế của con em quý vị trong mối quan hệ đối tác với CHOC.

EHR là cơ sở dữ liệu điện tử chứa tiền sử y tế của con em quý vị. Nếu con em quý vị đã nhận điều trị liên quan đến sức khỏe tâm thần hoặc các tình trạng y tế nhạy cảm khác như kết quả xét nghiệm hay tình trạng chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS, bác sĩ tại trường của con em quý vị có thể xem thông tin này.

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

Quý vị phải hoàn tất biểu mẫu này hàng năm nếu quý vị muốn bác sĩ nhà trường tiếp tục có quyền truy cập. Việc hoàn tất biểu mẫu này là không bắt buộc. Nếu quý vị chọn không hoàn tất biểu mẫu này, bác sĩ tại trường của con em quý vị sẽ không có quyền truy cập EHR của con em quý vị. Ngay cả nếu quý vị chọn không hoàn tất biểu mẫu này, quý vị hoặc con em quý vị đều 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)

Phụ Huynh của Bệnh Nhân/Học Sinh 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 tôi cung cấp hay từ chối cung cấp ủy quyền cho phép này.
- Tôi có thể rút lại ủy quyền cho phép này bất kỳ lúc nào. Tôi 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 tôi 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.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể kiểm tra hoặc nhận các bản sao thông tin y tế đã được tiết lộ với một khoản phí.
- Tôi 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 quý vị tái tiết lộ những thông tin đó trừ khi có văn bản ủy quyền cho phép của quý vị hoặc theo quy định cụ thể của pháp luật.

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

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

Phụ Huynh Cho Phép

Tên (Vui Lòng Viết In Hoa):	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân/Học Sinh:	
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: _____ / _____ / _____

Page 2 of 2

