

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Ủy Quyền Cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều**

1. Bệnh Nhân / Thông tin Người Nộp Đơn

Tên Họ: _____ Những tên gọi khác: _____
Địa chỉ đường: _____ Số Phòng apartment: _____
Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip Mã: _____
Số an sinh xã hội: _____ Ngày sinh: _____
Số điện thoại: _____

2. Ủy quyền cho phát hành: Tôi ủy quyền cho Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH) được quyền nhận và phát hành thông tin, kể cả những thông tin bí mật, đến hoặc đến từ Cá nhân, Cơ quan đại diện hay Cơ sở có tên dưới đây, hoặc bằng nói miệng hoặc qua văn bản.

Cá nhân, Cơ quan đại diện hoặc Cơ Sở
(ví dụ, Tên và địa chỉ của bệnh viện, chuyên gia y tế cho bệnh nhân ngoại trú, Chương trình cư trú, hoặc những điều khác)
Tên: _____
Lưu ý gửi đến: _____
Đường: _____
Thành phố: _____
Tiểu bang/ Zip Mã: _____
Điện thoại: _____
Fax: _____

Thông tin liên hệ Bộ Y Tế Tâm Thần (DMH):
Tên: _____
Đường: _____
Thành phố: _____
Tiểu bang /Zip Mã: _____
Điện thoại: _____
Fax: _____
Điện thư /Email: _____

3. Đánh dấu những thông tin quý vị muốn chia sẻ: (đánh dấu tất cả những ô thích ứng)

Chẩn đoán Tâm Thần và Trị liệu được cung cấp bởi Bác sĩ Tâm Thần; Tâm Lý Gia, Y Tá Chuyên gia ngành Y Tế Tâm thần, Cán sự Xã Hội Tư Vấn có đăng ký và những chuyên gia có đăng ký cung cấp dịch vụ Y Tế Tâm Thần khác.

Toàn thể hồ sơ bệnh tâm thần, Ngoại trừ những ghi chú Liệu pháp Tâm Thần vì cần một tờ ủy quyền riêng

<input type="checkbox"/> Toàn thể hồ sơ (Sức khỏe và Tâm Thần)	<input type="checkbox"/> ISPs & IAPs	<input type="checkbox"/> Kế hoạch điều trị
<input type="checkbox"/> Bản Tóm lược Xuất viện	<input type="checkbox"/> Kiểm tra tâm thần kinh	<input type="checkbox"/> Tóm lược chuyển giao
<input type="checkbox"/> Hồ Sơ Nhập viện	<input type="checkbox"/> Khám tổng quát	<input type="checkbox"/> Hồ sơ Xét Nghiệm

Điều khác (Xin ghi rõ) / Bổ sung thông tin: _____

4. Khoảng thời gian nào trong thông tin mà quý vị muốn chia sẻ (Xin ghi rõ ngày tháng)

Ngày của thông tin được yêu cầu: Từ: _____ Đến: _____

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
Ủy Quyền Cho Phát Hành Thông Tin
Hai Chiều

Bệnh Nhân / Tên Người Nộp Đơn: _____

5. Xin Ký Tên Viết Tắt để biểu thị sự đồng ý cho phép phát hành những thông tin dưới đây nếu có hiện diện trong hồ sơ của quý vị (Ký tên Viết Tắt những điều nào thích hợp)

Ký tên Viết Tắt: _____ Kết quả xét nghiệm HIV (Cần sự Ủy Quyền mỗi lần yêu cầu phát hành.)

Ký tên Viết Tắt: _____ Những Hồ sơ về Lạm Dụng Rượu và Thuốc Cấm được bảo vệ bởi Luật Giữ Kín Thông Tin của Liên Bang CFR phần 2. Luật Liên Bang cấm tiết lộ bất cứ điều gì về thông tin này ngoại trừ sự tiết lộ đó được uỷ quyền trên văn bản qua sự cho phép của đương sự hoặc được cho phép bởi luật 42 CFR Part 2.

6. Mục đích của sự phát hành thông tin là để (cần phải đánh dấu một ô)

- sử dụng cá nhân điều hợp chăm sóc giới thiệu tri liệu Dễ dàng tính hoá đơn
- Nhận Bảo Hiểm, tài chánh hay những phúc lợi khác
- Mục đích khác (xin cho biết rõ): _____

Tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền thu hồi sự uỷ quyền này bất cứ lúc nào.
- Nếu tôi rút lại sự uỷ quyền này, tôi phải làm điều đó qua văn bản và trình lên DMH ở tại địa chỉ của DMH có ghi rõ trên trang một hoặc tại văn phòng DMH nơi khu vực tôi sống. (Có thể tìm thấy văn phòng DMH khu vực tại www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; Gọi 1-800-221-0053; hoặc gửi điện thư tới dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- việc thu hồi không áp dụng được cho những thông tin đã được phát hành xong xuôi sau sự uỷ quyền.
- Việc thu hồi không áp dụng được cho hãng bảo hiểm của tôi khi luật pháp cho phép hãng bảo hiểm có quyền bác bỏ đơn kiên căn cứ vào hợp đồng bảo hiểm của tôi.
- Một khi thông tin trên đã được phát hành, người nhận có thể tiết lộ nó ra lần nữa và thông tin sẽ không được bảo vệ bởi luật liên bang hay luật riêng tư hay qui phạm tiểu bang
- Sự uỷ quyền tiết lộ thông tin trên đây là tự nguyện.
- Tôi không cần phải ký tờ giấy này mới nhận được sự trị liệu hay những dịch vụ từ DMH và/hoặc từ cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác; Tuy nhiên, sự thiếu đi khả năng chia sẻ thông tin có thể ngăn cản DMH, và/ hoặc cá nhân, cơ sở hay cơ quan đại diện khác trong việc cung cấp những sự chăm sóc phù hợp và cần thiết.

Sự uỷ quyền này sẽ hết hạn vào (xin ghi rõ ngày, khoảng thời gian hoặc biến cố _____ hoặc, nếu không có ghi gì hết thì nó sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký mẫu đơn này.

7. Chữ ký / Ủy quyền: Ký và cung cấp những thông tin đòi hỏi dưới đây.

X _____
Chữ ký của quý vị hoặc của Người Đại Diện Cá Nhân Ngày _____

Xin Viết chữ IN tên của người ký

Cần phải cung cấp thông tin dưới đây nếu được ký bởi người đại diện cá nhân:

Loại dạng Quyền được ký (ví dụ: được chỉ định bởi tòa, cha mẹ giám hộ): _____