Tên bệnh nhân

UCI Health

Chia sẻ Thông tin Sức khỏe Tâm thần của tôi
Ngôn ngữ đơn giản - Ủy quyền Tiết lộ Liệu pháp Tâm lý HIPAA

Sharing My Mental Health Information / Chia sẻ Thông tin Sức khỏe Tâm thần của tôi

(*Ngôn ngữ đơn giản Ủy quyền Tiết lộ ghi chép Liệu pháp Tâm lý HIPAA*)

Thông tin của tôi

Tên của tôi: _____ **Ngày sinh** của tôi: _____

Địa chỉ của tôi: _____ Thành phố: _____

Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại của tôi: (_____) _____-_____

Nhà tâm lý học của tôi hoặc nhà trị liệu:

Nhà tâm lý học của tôi hoặc văn phòng của nhà cung cấp trị liệu được gọi là: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

- Nhà tâm lý học của tôi hoặc nhà cung cấp dịch vụ trị liệu viết ghi chú về việc điều trị của tôi. Những ghi chú này có thông tin cá nhân của tôi mà nhà tâm lý học của tôi hoặc nhà trị liệu không nói với bất kỳ ai. Những ghi chú này được gọi là ghi chú tiến triển.
Tôi muốn chia sẻ các ghi chú tiến triển của tôi.

- Người có thể xem và sao chụp các ghi chú tiến triển của tôi là:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: (_____) _____-_____

Địa chỉ email: _____@_____._____

Chia sẻ Thông tin của tôi

Người này có thể xem:

Đánh dấu chọn một ô

☐ Tất cả ghi chú tiến triển của tôi.
☐ Chỉ một vài ghi chú tiến triển của tôi.

Những ghi chú tiến triển duy nhất mà người này có thể xem và sao chụp là:

_____

_____

_____

Người này có thể xem ghi chú tiến triển của tôi cho đến ngày này:_____, hoặc trong 5 năm, trừ khi tôi ký tên biểu mẫu cho biết rằng người này không còn được phép xem ghi chú tiến triển của tôi nữa.

Tôi biết rằng tôi không phải chia sẻ những hồ sơ ghi chép này. Bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác vẫn sẽ điều trị cho tôi cho dù tôi không ký tên thỏa thuận này.

- Tôi biết rằng tôi có thể ngưng thỏa thuận này vào bất cứ lúc nào bằng cách ký tên mẫu đơn với văn phòng bác sĩ của tôi. Nếu tôi ngưng thỏa thuận này, tôi biết rằng ghi chú tiến triển nào đã chia sẻ sẽ không được trả lại.

- Bác sĩ của tôi và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc khác phải rất cẩn thận với ghi chú tiến triển của tôi. Họ không được chia sẻ ghi chú tiến triển của tôi với người khác trừ khi tôi đồng ý. Người mà tôi chia sẻ ghi chú tiến triển của mình không được chia sẻ với người khác trừ khi tôi đồng ý. Nếu tôi chia sẻ ghi chú tiến triển của mình với một người không phải là bác sĩ, thì người đó có thể không được yêu cầu bảo mật ghi chú tiến triển của tôi.

- Tôi tin tưởng người mà tôi chia sẻ ghi chú tiến triển của mình.

Tên bệnh nhân

UCI Health

Chia sẻ Thông tin Sức khỏe Tâm thần của tôi
Ngôn ngữ đơn giản - Ủy quyền Tiết lộ Liệu pháp Tâm lý HIPAA

Chữ ký của tôi:

Chữ ký của tôi:_____

Ngày hôm nay là: _____

Chữ ký của người đại diện của tôi (nếu yêu cầu)

_____Ngày: _____Giờ: _____AM/PM
Chữ ký của người đại diện của tôi

Mối quan hệ với bệnh nhân_____Lý do chữ ký không phải của bệnh nhân: ____

_____ _____
Chữ ký của người làm chứng Tên viết in của người làm chứng

Ngày: _____ Giờ: _____ AM / PM

Nếu được phiên dịch: _____ _____ Ngày: _____

Giờ: _____ AM / PM Ngôn ngữ

☐Điện thoại ☐Video Người phiên dịch **hoặc** ID#