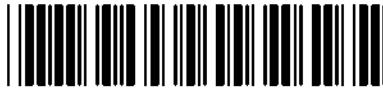




Adventist Health
Portland

MR1470



Adventist Health Portland

Trang 1/1

IN

Xóa Mẫu Đơn

SỐ TÀI KHOẢN
SỐ ĐIỀU SOÁT THUỐC
TÊN
NGÀY SINH

Nhận Dạng Bệnh Nhân

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ VỀ BỆNH NHÂN CỦA ADVENTIST HEALTH PORTLAND TRONG OHSU HEALTH MYCHART

QUÝ VỊ **PHẢI** ĐIỀN TẤT CẢ CÁC MỤC TRONG MẪU ĐƠN NÀY, NẾU KHÔNG GIẤY CHO PHÉP SẼ KHÔNG ĐƯỢC CHẤP NHẬN.

Tôi _____, cho phép Adventist Health Portland tiết lộ
(Tên của bệnh nhân)

và cung cấp quyền truy cập thông tin sức khỏe của tôi trong và thông qua **OHSU Health MyChart**
cho: _____

(Tên của người nhận được chấp thuận)

với mục đích là hỗ trợ và/hoặc tham gia vào hoạt động chăm sóc cho tôi. Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ và truy cập thông tin sức khỏe của tôi cho người khác bằng cách ký vào mẫu đơn này sẽ cung cấp cho người đó quyền truy cập thông tin sức khỏe và dịch vụ có sẵn trong OHSU Health MyChart giống như tôi.

Tôi hiểu rằng nếu tôi không muốn Adventist Health Portland tiết lộ bất kỳ loại thông tin nào dưới đây cho người nhận được chấp thuận, tôi sẽ không ký vào mẫu đơn Cho Phép này. Tôi hiểu rằng hành động không ký vào mẫu đơn Cho Phép này sẽ không gây ảnh hưởng bất lợi đến việc tôi tiếp nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bồi hoàn chi phí dịch vụ.

Nếu tôi **thực sự** muốn sử dụng dịch vụ MyChart bằng cách cho phép người nêu trên nhận và truy cập **toàn bộ** thông tin sức khỏe của tôi, bao gồm cả thông tin liên quan đến HIV, sức khỏe tâm thần, xét nghiệm di truyền và lạm dụng chất gây nghiện (cho dù thông tin đó có trong hồ sơ của tôi hay không) Tôi sẽ viết tắt **tên** của mình vào mỗi chỗ trống bên dưới:

- _____ Thông tin liên quan đến HIV/AIDS
- _____ Thông tin sức khỏe tâm thần
- _____ Thông tin xét nghiệm di truyền
- _____ Thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu về ma túy/chất cồn

Tôi hiểu rằng bằng việc viết tắt tên của mình vào mỗi chỗ trống ở trên, tôi cho phép Adventist Health Portland tiết lộ và cung cấp quyền truy cập những loại thông tin này cho người nhận được chấp thuận nêu trên.

Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy cho phép này có thể được tiết lộ lần nữa và không còn được bảo vệ theo luật của liên bang. Tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế việc tiết lộ lần nữa thông tin liên quan đến HIV/AIDS, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin di truyền, cũng như thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu về ma túy/chất cồn.

Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu tôi thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép này, thông tin sức khỏe của tôi trong hệ thống MyChart có thể không còn được tiết lộ hoặc truy cập bởi người mà tôi đã chấp thuận. Tôi hiểu rằng không thể đảo ngược hành động sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đã được thực hiện dựa vào sự chấp thuận của tôi.

Tôi đã đọc và hiểu rõ giấy cho phép này.

Chữ ký: _____ Ngày: _____ Thời Gian: _____
(Chữ ký của bệnh nhân hoặc đại diện cá nhân)

Mô tả thẩm quyền của đại diện cá nhân: _____

Trừ khi bị thu hồi trước đó, giấy cho phép này sẽ hết hạn khi chấm dứt tài khoản OHSU Health MyChart. Để thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép này, hãy gửi văn bản tuyên bố tới phòng khám nơi quý vị đã nhận quyền truy cập OHSU Health MyChart lúc đầu và nêu rõ rằng quý vị đang thu hồi Giấy Cho Phép. Để chặn ngay quyền truy cập hồ sơ MyChart của quý vị, hãy làm theo quy trình trong hướng dẫn MyChart.

MyChart

HƯỚNG DẪN CHO PHÉP TIẾT LỘ

THÔNG TIN:

Mẫu đơn Cho Phép này sẽ cho phép Adventist Health Portland cung cấp cho người mà quý vị chỉ định quyền truy cập thông tin sức khỏe thông qua dịch vụ MyChart. Cần phải có Giấy Cho Phép để Adventist Health Portland tiết lộ một số loại thông tin nhất định cho người khác ngoài quý vị.

Quý vị không cần phải ký vào Giấy Cho Phép.

Nếu quý vị **không** ký vào Giấy Cho Phép, Adventist Health Portland sẽ không thể tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị thông qua hệ thống MyChart cho ai khác ngoài quý vị.

Nếu quý vị **đã** ký vào Giấy Cho Phép, dịch vụ MyChart sẽ cho phép người (mà quý vị chỉ định và cho phép nhận và truy cập thông tin sức khỏe) có quyền truy cập **tất cả** thông tin của quý vị được lưu trong MyChart. Dịch vụ MyChart không thể chặn hoặc ngăn không cho người này (người mà quý vị đã chấp thuận) xem các loại hoặc danh mục thông tin chọn lọc có trong hồ sơ sức khỏe của quý vị, cho dù thông tin đó liên quan đến ngày giờ cuộc hẹn mới nhất, kết quả xét nghiệm hoặc thông tin có thể được pháp luật bảo vệ đặc biệt hay không. Vì MyChart không thể chặn hoặc ẩn các danh mục chọn lọc hoặc một số loại thông tin nhất định (bao gồm cả thông tin được pháp luật bảo vệ đặc biệt có thể có trong hồ sơ MyChart của quý vị) nên quý vị phải cho phép Adventist Health Portland tiết lộ và cung cấp quyền truy cập **tất cả** thông tin sức khỏe trong MyChart cho người mà quý vị chỉ định và chấp thuận để Adventist Health Portland có thể cung cấp dịch vụ MyChart cho người này (người mà quý vị đã chấp thuận).

Thông tin liên quan đến HIV, sức khỏe tâm thần, xét nghiệm di truyền và lạm dụng chất gây nghiện được pháp luật bảo vệ đặc biệt ở Oregon. Tùy từng trường hợp, pháp luật có thể yêu cầu Adventist Health Portland phải có sự chấp thuận cụ thể để tiết lộ thông tin này. Nếu quý vị có bất kỳ thông tin hoặc hồ sơ sức khỏe nào có chứa hoặc đề cập đến HIV, sức khỏe tâm thần, xét nghiệm di truyền hoặc lạm dụng chất gây nghiện, pháp luật có thể yêu cầu Adventist Health Portland phải có sự chấp thuận cụ thể để tiết lộ thông tin này trước khi Adventist Health Portland có thể tiết lộ hoặc cung cấp quyền truy cập thông tin này cho một số người nhất định ngoài quý vị.

Để cho phép Adventist Health Portland tiết lộ và cung cấp quyền truy cập **tất cả** thông tin sức khỏe của quý vị trong MyChart, quý vị phải cho phép Adventist Health Portland tiết lộ mọi thông tin liên quan đến HIV, sức khỏe tâm thần, xét nghiệm di truyền và lạm dụng chất gây nghiện, cho dù thông tin đó có trong hồ sơ của quý vị hay không. Trong mẫu đơn Cho Phép này có chỗ trống để quý vị có thể viết tắt tên để cho phép Adventist Health Portland tiết lộ thông tin này.

Việc quý vị không ký vào Giấy Cho Phép này sẽ không gây ảnh hưởng đến khả năng được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bồi hoàn chi phí dịch vụ. Trường hợp duy nhất khi từ chối ký vào giấy cho phép có thể ảnh hưởng đến khả năng được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe là nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chỉ nhằm mục đích cung cấp *thông tin* sức khỏe cho người khác (chẳng hạn như chủ lao động hoặc công ty bảo hiểm) và cần phải có giấy cho phép để Adventist Health Portland tiết lộ *thông tin*.

Việc quý vị từ chối ký vào Giấy Cho Phép sẽ không gây ảnh hưởng bất lợi đến việc ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc khả năng hội đủ điều kiện nhận quyền lợi y tế, trừ khi cần phải có giấy cho phép tiết lộ thông tin để xác định xem liệu quý vị có đủ điều kiện ghi danh vào chương trình bảo hiểm sức khỏe đó hay không.

Quý vị có thể thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu quý vị thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép, thông tin sức khỏe của quý vị trong hệ thống MyChart có thể không còn được tiết lộ hoặc truy cập bởi người mà quý vị đã chấp thuận. Không thể đảo ngược hành động sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đã được thực hiện dựa vào sự chấp thuận của quý vị.

Để thu hồi hoặc hủy bỏ Giấy Cho Phép này, vui lòng gửi văn bản tuyên bố tới phòng khám nơi quý vị đã nhận quyền truy cập OHSU Health MyChart lúc đầu và nêu rõ rằng quý vị đang thu hồi Giấy Cho Phép. Để chặn ngay quyền truy cập hồ sơ MyChart của quý vị, hãy đăng nhập vào MyChart và bấm vào liên kết "View Others Accounts" (Xem các tài khoản khác) xuất hiện trên Trang chủ MyChart và bấm vào liên kết "Revoke Access" (Thu hồi quyền truy cập) của người mà quý vị muốn hủy quyền truy cập (loại trường hợp hủy này có hiệu lực ngay lập tức)