



GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & CUNG CẤP THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Tôi hiểu những điều sau đây: I understand the following:

- Tôi có quyền từ chối ký vào mẫu đơn này về việc cho phép tiết lộ hoặc cung cấp thông tin y tế được bảo vệ của tôi. Việc từ chối ký giấy cho phép này sẽ không gây ảnh hưởng bất lợi đến khả năng được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc bồi hoàn chi phí dịch vụ của tôi. Trường hợp duy nhất khi từ chối ký giấy cho phép này có thể ảnh hưởng đến khả năng được nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi là, nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan đến nghiên cứu hoặc chỉ nhằm mục đích cung cấp thông tin y tế cho người khác và cần phải có giấy cho phép để tiết lộ thông tin đó.

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- Quý vị có thể phải nộp phí với yêu cầu này.

There may be a fee associated with this request.

- 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. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng luật liên bang hoặc tiểu bang có thể hạn chế tiết lộ lần nữa về HIV/AIDS, thông tin sức khỏe tâm thần, thông tin xét nghiệm di truyền cũng như thông tin chẩn đoán, điều trị hoặc thông tin giới thiệu về ma túy/chất cồn.

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- Tôi có quyền nhận một bản sao của giấy cho phép đã ký này.

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu tôi thu hồi giấy cho phép này, thông tin được mô tả dưới đây có thể không còn được sử dụng hoặc tiết lộ cho các mục đích được mô tả trong văn bản cho phép nữa. Ngoại lệ duy nhất là khi Swedish có hành động dựa vào giấy cho phép đó hoặc khi giấy cho phép đó đã được thu như là một điều kiện bao trả bảo hiểm.

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

Vui lòng gửi giấy cho phép hoặc giấy thu hồi tới một trong những địa điểm này, tùy thuộc vào nơi quý vị đã tiếp nhận dịch vụ chăm sóc:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p align="center">Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Fax: (206) 320-2626 Email: ROI@swedish.org</p>	<p align="center">Swedish Medical Group</p> <p align="center">Phone: (206) 320-3025 Fax: (478) 238-9436 Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	--

Lưu Ý Quan Trọng: Swedish không còn in hay cung cấp số an sinh xã hội của bệnh nhân trừ khi được yêu cầu để thanh toán. Tuy nhiên, số an sinh xã hội có thể nằm trong thông tin của bệnh nhân nếu thông tin đó đã được lưu trữ trên vài năm. Thông tin quý vị cho phép công bố có thể bao gồm số an sinh xã hội của quý vị.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & CUNG CẤP THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)

Theo đây, các cơ sở, nhân viên, chuyên viên, y bác sĩ không phải chịu bất cứ nghĩa vụ hay trách nhiệm pháp lý nào đối với việc cung cấp các thông tin trên trong phạm vi được chỉ rõ và cho phép ở đây.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services và các Chi Nhánh của mình không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác hay tình trạng khuyết tật trong các chương trình và hoạt động y tế của tổ chức.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

XIN LƯU Ý: Nếu bạn không nói được tiếng Anh, bạn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí theo ý của bạn. Gọi (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

Tôi cho phép Swedish sử dụng và tiết lộ một bản sao thông tin y tế cụ thể được mô tả dưới đây về:

Tên của Bệnh Nhân/Patient's Name: _____ Ngày Sinh/DOB: _____

Địa Chỉ của Bệnh Nhân/Patient's Address: _____ Số Điện Thoại/Phone: _____

Thành Phố/City: _____ Tiểu Bang/State: _____ Mã Bưu Chính/Zip Code: _____

Được tiết lộ cho: Bản Thân **Hoặc Tên của Người Nhận:** _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

Địa Chỉ của Người Nhận: _____
Recipient's Address:

Thành Phố/City: _____ Tiểu Bang/State: _____ Mã Bưu Chính/Zip Code: _____

Số Điện Thoại/Phone: _____ Fax: _____ Email/Email: _____

Vui lòng gửi hồ sơ bệnh án của tôi qua: MyChart Email Đĩa Văn Bản Fax
Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

Tôi yêu cầu lấy thông tin từ (các) cơ sở sau: I am requesting information from the following facility(s):

(Danh Sách) Tên Bệnh Viện & Số Điện Thoại Hospital Name (List) & Phone Number	(Danh Sách) Tên Phòng Khám & Số Điện Thoại Clinic Name (List) & Phone Number

Trong giai đoạn từ: _____ đến: _____
For the range of dates from: to:

Để biết thông tin liên quan đến kết quả chẩn đoán hoặc thương tích sau đây: _____
For information related to the following diagnosis or injury:

Thông tin cần tiết lộ/Information to be disclosed:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bệnh Sử/History & Physical | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Xuất Viện/Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> Biên Bản Thủ Thuật/Operative Report | <input type="checkbox"/> Báo Cáo của Khoa Cấp Cứu
Emergency Department Report |
| <input type="checkbox"/> Hồ Sơ Chẩn Đoán (xét nghiệm, chụp x-quang,
EKG, v.v.) | <input type="checkbox"/> Báo Cáo Theo Dõi/Progress Notes |



SWEDISH

GIẤY CHO PHÉP SỬ DỤNG, TIẾT LỘ & CUNG CẤP THÔNG TIN Y TẾ ĐƯỢC BẢO VỆ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SPANISH)
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)

Khác (nêu rõ)/Other (specify): _____

Với mục đích là: _____
For the purpose of:

Trừ khi bị thu hồi, giấy cho phép này sẽ hết hạn sau 180 ngày hoặc vào Ngày: _____
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

Điều Khoản: Trừ khi tôi nêu rõ giới hạn bằng văn bản, giấy cho phép này sẽ áp dụng cho tất cả các khía cạnh của việc xét nghiệm và/hoặc điều trị các bệnh lây qua đường tình dục, AIDS, tình trạng Nhiễm HIV, lạm dụng chất cồn và/hoặc ma túy, bệnh trạng tâm thần hoặc các thông tin nhạy cảm khác.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____ **Ngày:/Date:** _____
Patient Signature: **(In mẫu đơn và ký tên bằng tay)**
(Print form and sign by hand)

Tên Người Đại Diện cho Bệnh Nhân: _____ **Ngày:/Date:** _____
Patient Representative Name:

Tên Người Đại Diện cho Bệnh Nhân: _____
Patient Representative Signature: **(In mẫu đơn và ký tên bằng tay. Vui lòng gửi kèm hồ sơ giấy tờ bổ trợ.)**
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____
Relation to Patient:



1ROI