Giấy Ủy Quyền Tiết Lộ Kết Quả Xét Nghiệm Cho Bệnh Nhân hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp của Bệnh Nhân (Giấy Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ)

Giấy ủy quyền này tuân thủ các yêu cầu của §164.508 thuộc Tiêu Chuẩn Quyền Riêng Tư của Đạo Luật Về Khả Năng Chuyển Đổi và Trách Nhiệm Giải Trình Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) (45 CFR, Phần 160 và 164). ***Người yêu cầu phải xuất trình giấy tờ tùy thân có ảnh hợp lệ hiện hành do chính phủ cấp và các tài liệu bắt buộc khác xác nhận tình trạng đại diện được ủy quyền hợp pháp tại thời điểm yêu cầu.*** *Nếu tất cả các mục trong mẫu không được điền đầy đủ, kết quả có thể sẽ không được cung cấp.* Nếu bạn có thắc mắc về mẫu đơn, vui lòng gọi cho Sở Dịch Vụ Y Tế Tiểu Bang (DSHS) theo số 512-776-7578.

Thông tin bệnh nhân:

Tên: _____ _____ _____
Họ Tên Chữ cái đầu của tên đệm

Địa chỉ: _____
(Số nhà, Hộp thư bưu điện, Số tuyến đường) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã bưu điện)

Số điện thoại: ( ) -

Ngày sinh: _____ **Số An Sinh Xã Hội*:** _____

Nếu yêu cầu kết quả xét nghiệm sàng lọc sơ sinh, vui lòng ghi họ tên đầy đủ của người mẹ tại thời điểm sinh, nếu biết _____.

Thông tin người yêu cầu:

Nếu Cá Nhân được yêu cầu cung cấp kết quả xét nghiệm dưới 18 tuổi hoặc có người đại diện được ủy quyền hợp pháp (LAR) theo định nghĩa dưới đây, phụ huynh hoặc LAR của Cá Nhân phải hoàn thành các mục sau và nộp bản sao tài liệu chứng minh mối quan hệ của LAR với Cá Nhân:

_____
(Tên của Cá Nhân / Tổ chức được ủy quyền nhận thông tin của Cá Nhân)

_____
(Số nhà, Hộp thư bưu điện, Số tuyến đường) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã bưu điện)

Số điện thoại: ( ) -

"Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp (LAR)" (đánh dấu vào mối quan hệ áp dụng):

____Phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp nếu Cá Nhân là trẻ vị thành niên.

____Người giám hộ hợp pháp nếu Cá Nhân bị phán quyết là không đủ năng lực quản lý các vấn đề cá nhân

____Người đại diện của Cá Nhân được ủy quyền theo Giấy Ủy Quyền Y Tế.

____Người đại diện của Cá Nhân được ủy quyền theo Giấy Ủy Quyền Dài Hạn, Giấy Ủy Quyền Theo Luật Định hoặc Giấy Ủy Quyền không liên quan đến y tế, giới hạn ở một số quyền nhất định đối với các phúc lợi từ những chương trình của chính phủ, bao gồm nhưng không giới hạn ở Medicaid, theo định nghĩa của Bộ Luật Thừa Kế Texas §752.112, có hiệu lực từ ngày 1 tháng 1 năm 2014.

____Luật sư đại diện được chỉ định cho Cá Nhân.

____Người giám hộ đại diện được chỉ định cho Cá Nhân.

____Người đại diện cá nhân hoặc người thụ hưởng theo luật định nếu Cá Nhân đã qua đời (Nếu một cá nhân đã qua đời, người đại diện cá nhân phải là người thi hành di chúc, người thi hành di chúc độc lập , người quản lý độc lập hoặc người quản lý tạm thời tài sản của Cá Nhân đã qua đời).

____Luật sư được Cá Nhân hoặc người khác được liệt kê ở đây thuê; hoặc

____Cho hệ thống bảo vệ và vận động do tiểu bang chỉ định (chẳng hạn như Sở Dịch Vụ Gia Đình và Bảo Vệ) trong phạm vi mà việc tiết lộ thông tin đó được pháp luật yêu cầu và việc tiết lộ tuân thủ các yêu cầu của luật đó.

Tên bệnh nhân: _____ **Số điện thoại của người yêu cầu (___) ____-_____**

Thông Tin Kết Quả Xét Nghiệm:

Cơ Sở/Nhà Cung Cấp Thu Thập Mẫu: _____
(Ghi rõ Cá Nhân, Bác Sĩ, Bệnh Viện, Phòng Khám, Luật Sư, Trường Học, Cơ Quan Chính Phủ, v.v.)

Địa chỉ của Cơ Sở/Nhà Cung Cấp: _____
(Số nhà, Hộp thư bưu điện, Số tuyến đường) (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã bưu điện)

Tháng/Năm Thực Hiện Xét Nghiệm: _____

Tôi ủy quyền cho Sở Y Tế Tiểu Bang tiết lộ các kết quả xét nghiệm cụ thể sau cho Cá Nhân hoặc LAR.

Có ( ) Không ( ) Kết quả xét nghiệm. Cho biết các xét nghiệm **cụ thể**:

_____

Nếu yêu cầu kết quả xét nghiệm HIV, hãy cho biết Số CDC **và** bí danh được cung cấp (nếu có):

_____

Tôi hiểu rằng: 1) tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bằng văn bản bằng cách liên hệ với văn phòng hoặc chương trình DSHS đã nhận giấy ủy quyền; 2) giấy ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến việc điều trị, thanh toán, đăng ký tham gia hoặc điều kiện nhận trợ cấp; và 3) thông tin được tiết lộ do giấy ủy quyền này có thể được tiết lộ lại theo quy định của pháp luật.

NGÀY HẾT HẠN: Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày DSHS tiết lộ kết quả xét nghiệm được yêu cầu cho Cá Nhân hoặc LAR hoặc xác định không thể thực hiện yêu cầu.

Mẫu đơn này (_) đã được đọc bởi tôi (_) đã được đọc cho tôi và tôi hiểu mục đích cũng như nội dung của mẫu đơn. Tất cả các chỗ trống đã được điền hoặc gạch bỏ trước khi tôi ký vào mẫu đơn. Tôi xin xác nhận rằng tất cả thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng việc gửi thông tin sai lệch trên mẫu đơn của chính phủ tại Texas là một hành vi phạm tội theo Điều 37.10 của Bộ Luật Hình Sự Texas.

_____ _____
Chữ ký của Cá Nhân, Phụ Huynh của Cá Nhân, **nếu là trẻ vị thành niên, hoặc LAR của Cá Nhân** Ngày ký

_____
Tên in hoa/viết hoa của Cá Nhân, Phụ Huynh hoặc LAR. Nêu rõ ủy quyền để hành động thay mặt cho cá nhân. Đính kèm giấy tờ tùy thân có ảnh và các tài liệu chứng minh ủy quyền (ví dụ: giấy khai sinh, lệnh giám hộ, giấy ủy quyền y tế).

Nếu Cá Nhân hoặc LAR không thể ký tên nhưng ủy quyền bằng lời nói, hai người làm chứng ký tên dưới đây xác nhận rằng họ đã chứng kiến sự đồng ý bằng lời nói đó:

_____
Tên in hoa/viết hoa của Người Làm Chứng

_____ _____
Chữ ký của Người Làm Chứng Ngày ký

Tên bệnh nhân: _____ Số điện thoại của người yêu cầu (____) _____ - _____

Nếu Cá Nhân, Phụ Huynh hoặc LAR không có mặt hoặc không thể ký tên, người làm chứng bổ sung ký tên dưới đây xác nhận rằng Cá Nhân, Phụ Huynh hoặc LAR đã Ủy Quyền Bằng Lời Nói Cho Phép Tiết Lộ Kết Quả Xét Nghiệm.

_____
Tên in hoa/viết hoa của Người Làm Chứng

_____ _____
Chữ ký của Người Làm Chứng
Ngày ký

Vui lòng chọn định dạng bạn muốn: ☐ fax - bao gồm số fax: (_____) _____ - _____
☐ gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ ở trên

THÔNG BÁO VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ: Ngoại trừ một vài trường hợp, bạn có quyền yêu cầu và được thông báo về thông tin mà Tiểu Bang Texas thu thập về bạn. Bạn có quyền nhận và xem xét thông tin khi yêu cầu. Bạn cũng có quyền yêu cầu cơ quan tiểu bang sửa lại bất kỳ thông tin nào được cho là không chính xác. Xem http://www.dshs.texas.gov để biết thêm thông tin.

Gửi qua bưu điện hoặc fax mẫu đơn Ủy Quyền Tiết Lộ Kết Quả Xét Nghiệm đã hoàn thành, bao gồm:

- bản sao giấy tờ tùy thân có ảnh hiện hành hợp lệ do chính phủ cấp
- và bất kỳ tài liệu nào khác cần thiết.

Laboratory Reporting Group, MC 1947
PO Box 149347
Austin, TX 78714-9347
Fax: 512-776-7533

Vui lòng chờ tối đa 30 ngày để DSHS xem xét và trả lời yêu cầu của bạn. Nếu có thắc mắc, chúng tôi sẽ liên hệ với bạn.

Hướng Dẫn Xin Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Y Tế

Thông tin chứa trong hồ sơ khách hàng là thông tin bảo mật. Ngoại trừ một số trường hợp ngoại lệ, việc tiết lộ hồ sơ y tế bị cấm theo các quy định của Đạo Luật Hành Nghề Y Tế (Điều 4495b, V.T.C.S.). Ngoài ra, các loại thông tin xã hội, tài chính, giáo dục và các loại thông tin khác trong hồ sơ khách hàng có thể được bảo vệ bởi quyền riêng tư theo hiến pháp hoặc thông luật. Có các hình phạt dân sự và hình sự đối với hành vi tiết lộ thông tin trái phép.

Đạo Luật Hành Nghề Y Tế, Thông Luật và Hiến Pháp cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiết lộ những loại thông tin này từ hồ sơ cá nhân với sự đồng ý của cá nhân đó hoặc người được ủy quyền đồng ý cho cá nhân đó. Ví dụ, Đạo Luật Hành Nghề Y Tế quy định:

Bộ Luật Nghề Nghiệp Điều 159.005(a)(1-5) và (b). Sự đồng ý cho phép tiết lộ thông tin bảo mật phải được lập thành văn bản và có chữ ký của bệnh nhân, hoặc của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, hoặc của người giám hộ hợp pháp nếu bệnh nhân bị tuyên bố là không đủ năng lực quản lý các vấn đề cá nhân, hoặc của luật sư đại diện được chỉ định cho bệnh nhân, theo quy định của Bộ Luật Sức Khỏe Tâm Thần Texas; Đạo Luật Người Khuyết Tật Tâm Thần; Chương XIII, Bộ Luật Thừa Kế Texas, và Phụ lục B, Tiêu đề 5, Bộ Luật Gia Đình; hoặc của người đại diện cá nhân nếu bệnh nhân đã qua đời, với điều kiện là sự đồng ý bằng văn bản nêu rõ những điều sau:

(A) thông tin hoặc hồ sơ y tế được tiết lộ.
(B) lý do hoặc mục đích tiết lộ; và
(C) người được tiết lộ thông tin.

Ngoài ra, Đạo Luật Phòng Ngừa và Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm (Chương 81, Bộ Luật Y Tế và An Toàn) có các yêu cầu cụ thể sau đây đối với việc tiết lộ thông tin liên quan đến các xét nghiệm AIDS, vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và kháng thể kháng HIV:

> Điều 81.103(d). Giấy Ủy Quyền theo tiểu mục này phải được lập thành văn bản và có chữ ký của người được xét nghiệm hoặc người được ủy quyền hợp pháp để đồng ý xét nghiệm thay mặt người đó. Giấy ủy quyền phải nêu rõ người hoặc nhóm người được phép tiết lộ hoặc công bố kết quả xét nghiệm.

Mẫu đơn "Ủy Quyền Tiết Lộ Kết Quả Xét Nghiệm" được xây dựng để tuân thủ các yêu cầu theo luật định này. Vì lý do này, khi bạn được yêu cầu tiết lộ thông tin từ hồ sơ do bạn quản lý, mẫu đơn phải được điền đầy đủ thông tin theo quy định của luật định. Nếu bạn được yêu cầu cung cấp thông tin từ hồ sơ khách hàng cho một tổ chức (ví dụ: bệnh viện) chứ không phải cho một cá nhân, và bạn không biết tên của cá nhân trong tổ chức mà thông tin sẽ được gửi đến, hãy điền chức danh của người chịu trách nhiệm (ví dụ: quản trị viên, thủ thư hồ sơ y tế, v.v.). Không chỉ điền tên bệnh viện.

Mẫu đơn "Ủy Quyền Tiết Lộ Kết Quả Xét Nghiệm" phải được điền đầy đủ và ký bởi từng khách hàng khi họ yêu cầu tiết lộ hồ sơ sức khỏe cá nhân.

Mẫu đơn này có thể được sử dụng để lấy thông tin từ các nhà cung cấp khác và khi sử dụng cho mục đích đó, cần hoàn thành mẫu đơn với cùng mức độ cẩn trọng để tuân thủ các yêu cầu theo luật định, thông luật và hiến pháp. Việc chú ý đến từng chi tiết có thể giúp tiết kiệm thời gian và công sức về sau.

Đạo Luật Hành Nghề Y Tế, Đạo Luật Phòng Ngừa và Kiểm Soát Bệnh Truyền Nhiễm và một số luật khác, ví dụ, các luật liên quan đến thông tin sức khỏe tâm thần và khuyết tật trí tuệ, quy định một số ngoại lệ khác đối với quy tắc bảo mật liên quan đến hồ sơ y tế.

BẤT KỲ YÊU CẦU NÀO VỀ THÔNG TIN KHÔNG THỂ XỬ LÝ THEO MẪU ĐƠN “ỦY QUYỀN TIẾT LỘ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM” PHẢI ĐƯỢC CHUYỂN NGAY ĐẾN VĂN PHÒNG TỔNG CỐ VẤN ĐỂ CÓ HÀNH ĐỘNG CẦN THIẾT. Do Đạo Luật Thông Tin Công Cộng và các luật khác quy định rất hạn chế về khoảng thời gian mà cơ quan phải phản hồi các yêu cầu cung cấp thông tin, bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc chuyển thông tin này có thể dẫn đến kết quả bất lợi cho cơ quan.

Vui lòng xem lại mẫu đơn tiết lộ thông tin trước khi tiết lộ thông tin. Tất cả các chỗ trống trên mẫu đơn phải được điền đầy đủ, khách hàng phải đọc mẫu đơn và ký tên đầy đủ trước khi tiết lộ thông tin. Khách hàng phải nhận được bản sao có chữ ký của giấy ủy quyền.