

**NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE**

**Dr. K. William Brubaker, M.D., Dr. Phúc Phạm, M.D., Kim Vũ, PA-C**

**1747 E. Morten Ave., Suite 303 Phoenix, Arizona 85020**

**Phone: (602) 589-0370 Fax: (602) 589-0650**

Tôi cho phép \_\_\_\_\_ tiết lộ Protected Health Information (PHI) từ các hồ sơ sức khỏe của:

Tên bệnh nhân (Name): \_\_\_\_\_

Ngày Sinh (DOB): \_\_\_\_\_

Địa Chỉ (Address): \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội (SS#): \_\_\_\_\_

**SEND RECORDS TO:**

**NORTH PHOENIX INTERNAL MEDICINE**

**1747 E. Morten Ave., Suite 303 Phoenix, Arizona 85020 \*Fax: (602) 589-0650**

**Thông tin được tiết lộ: (Xin Chọn Một)**

- Toàn Bộ Hồ Sơ (All Records)
- Khác (xác định) (Other): \_\_\_\_\_

**Mục đích của sự tiết lộ : (Xin Chọn Một)**

- Tiếp tục chăm sóc bệnh nhân (Continue Patient Care)
- Thay đổi Bác sĩ (Primary Care Physician changed)
- Tiết lộ theo Yêu cầu bệnh nhân (Disclosure at Patient's Request)
- Khác (Other): \_\_\_\_\_

Tôi cho phép Bác Sĩ sử dụng hoặc tiết lộ các thông tin y tế của tôi và tôi bằng lòng để phát hành các thông tin của tôi trong thời hạn 12 tháng trước kể từ ngày giấy ủy quyền được ký kết.

*Tôi hiểu đó là Phòng khám/bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ sẽ không đặt điều kiện điều trị trên ủy quyền ký của tôi. Phòng khám/bệnh viện hoặc văn phòng của bác sĩ sẽ không từ chối điều trị cho tôi nếu tôi không muốn ký đơn này. Tôi có thể từ chối ký giấy ủy quyền. Tôi hiểu là tôi có thể thu hồi đơn này bất cứ lúc nào. Tôi phải nộp văn bản đề nghị cho hồ sơ y tế TRỪ KHI tôi hủy giấy ủy quyền trước đó; Nó sẽ hết hạn sáu (6) tháng kể từ Ngày ký. Tôi hiểu nếu thông tin được tiết lộ cho một bên thứ ba, các thông tin có thể không còn được bảo vệ bởi the Federal Privacy Regulation và có thể bị tiết lộ bởi những người / tổ chức nhận được thông tin đó. Tôi hiểu được các vấn đề thảo luận trên tờ đơn này. Bác sĩ, nhân viên, các cán bộ và giám đốc, nhân viên y tế, và văn phòng kinh doanh không phải chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý cho các thông tin được công khai trên đơn ủy quyền này.*

Tên của bệnh nhân (Viết Ra): \_\_\_\_\_ Nhân Chứng:

\_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Bệnh Nhân : \_\_\_\_\_ Ngày:

\_\_\_\_\_