

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____
 Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____
 Địa chỉ Email: _____ Điện thoại: _____

Tôi yêu cầu thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của tôi từ

Bryan Medical Center Bryan Heart Bryan South Campus Crete Area Medical Center Crete Medical Clinic
 Friend Medical Clinic Wilber Medical Clinic Merrick Medical Center Central City Medical Clinic Fullerton Medical Clinic
 Bryan Physician Network Office (Specify Location(s)) _____
 Grand Island Regional Medical Center Kearney Regional Medical Center Platte Valley Medical Group
 Bryan Urgent Care Seward

Tiết lộ cho:

Tên người nhận: _____ Fax: _____
 Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____
 Địa chỉ Email: _____ Điện thoại: _____

Mục đích yêu cầu: Pháp lý Bảo hiểm Cá nhân Công việc Chuyển giao dịch vụ chăm sóc *FMLA
 *Khuyết tật Khác _____

*Ghi rõ Ngày nghỉ làm và Lý do vắng mặt: _____

Thông tin được chia sẻ:

Ngày dịch vụ (ngày cụ thể) Từ: _____ Đến: _____

Bản tóm lược (bao gồm Tóm tắt xuất viện, Hồ sơ lý lịch & Thể chất, Báo cáo Hoạt động, Tư vấn và Kết quả Kiểm tra)
 Bản ghi đầy đủ Phim/Phương tiện X-quang Báo cáo X-quang Bản ghi chép ER Báo cáo Phòng thí nghiệm/Bệnh lý
 Hồ sơ tiêm chủng Hồ sơ tài chính Tóm tắt xuất viện Báo cáo hoạt động/Thủ thuật
 Hồ sơ lý lịch và thể chất Ghi chú văn phòng/thư ký Hồ sơ phòng khám chuyên khoa Đánh giá mức độ phụ thuộc vào hóa chất
 Khác _____

Tôi hiểu rằng thông tin trong hồ sơ sức khỏe của tôi có thể bao gồm thông tin liên quan đến bệnh lây truyền qua đường tình dục, các dịch vụ sức khỏe tâm thần và điều trị lạm dụng rượu hoặc ma túy.

Luật của tiểu bang và liên bang bảo vệ những thông tin sau đây. Nếu thông tin này áp dụng cho quý vị, vui lòng cho biết quý vị có muốn thông tin này được công bố/tiết lộ (bao gồm ngày tháng nếu có):

Hồ sơ Lạm dụng Rượu, Ma túy hoặc Chất gây nghiện Không Có Ngày: _____
 Hồ sơ Sức khỏe Tâm thần Không Có Ngày: _____

Định dạng Tiết lộ Trực tiếp nhận các bản sao từ cơ sở Thư Fax USB Email được Mã hoá MyChart

Chỉ định Khác: _____

Email không an toàn (Tôi hiểu rằng thông tin ở định dạng này có nguy cơ bị bên thứ ba truy cập không chủ ý)

Trừ khi bị thu hồi theo cách khác, sự cho phép này sẽ hết hạn vào ngày/sự kiện/điều kiện sau: _____

Bằng cách hoàn thành mẫu cho phép này, tôi đồng ý rằng tôi đã đọc và hiểu các định nghĩa được nêu ở mặt sau của biểu mẫu này:

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Đại diện Pháp lý _____ Ngày _____ Thời gian _____

Tên in hoa _____ Mối quan hệ với Bệnh nhân (nếu có) _____

Chữ ký của Nhân chứng nếu bệnh nhân Không thể Ký

Ngày ghi chép _____ Ngày gửi _____
 Fax Gửi qua thư Nhận trực tiếp MR: _____

Bryan Health

**SỰ CHO PHÉP CỦA BỆNH NHÂN ĐỂ TIẾT LỘ
THÔNG TIN Y TẾ**



Place Patient Label Here

- Tôi có quyền thu hồi sự cho phép này bất kỳ lúc nào. Việc thu hồi phải được thực hiện bằng văn bản và được trình bày hoặc gửi qua đường bưu điện đến Phòng Công bố Thông tin tại cơ sở mà tại đó yêu cầu được đưa ra. Việc thu hồi sẽ không áp dụng đối với thông tin đã được tiết lộ theo sự cho phép này.

Trung tâm Y tế Bryan, Bryan Heart, hoặc Mạng lưới Bác sĩ Bryan: Trung tâm Y tế Bryan, Công bố Thông tin, 1600 S. 48th St., Lincoln, Ne 68506.

Trung tâm Y tế Khu vực Crete, Phòng khám Y tế Crete, Phòng khám Y tế Friend hoặc Phòng khám Y tế Wilber: Trung tâm Y tế Khu vực Crete, Công bố Thông tin, 2910 Betten Drive, PO Box 220, Crete, NE 68333.

Trung tâm Y tế Merrick, Phòng khám Y tế Trung tâm Thành phố hoặc Phòng khám Y tế Fullerton: Trung tâm Y tế Merrick, Công bố Thông tin, 2802 28th St., PO Box 417, Central City, NE 68826

Trung tâm Y tế Khu vực Grand Island: Trung tâm Y tế Khu vực Grand Island, Công bố Thông tin, 3533 Prairieview Street, Grand Island, NE 68803

Trung tâm Y tế Khu vực Kearney hoặc Tập đoàn Y tế Platte Valley: Trung tâm Y tế Khu Vực Kearney, Công bố Thông tin, 804 22nd Ave., Kearney, NE 68845

- Nếu tôi không chỉ định ngày/sự kiện/điều kiện hết hạn, sự cho phép này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.
- Việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện nhận trợ cấp có thể không phụ thuộc vào việc tôi có ký vào mẫu cho phép này hay không.
- Thông tin này đã được tiết lộ cho quý vị từ các hồ sơ có thể được bảo vệ bởi các quy tắc về Bảo mật Liên bang (42 CFR Phần 2). Các quy tắc của Liên bang cấm quý vị tiết lộ thêm thông tin này trừ khi việc tiết lộ thêm được cho phép một cách rõ ràng với sự đồng ý bằng văn bản của người có liên quan hoặc theo cách khác được cho phép bởi 42 CFR Phần 2. Sự cho phép chung để tiết lộ thông tin y tế hoặc thông tin khác là không đủ cho mục đích này. Các quy tắc của Liên bang hạn chế mọi việc sử dụng thông tin để điều tra hoặc truy tố hình sự đối với bất kỳ bệnh nhân lạm dụng rượu hoặc ma túy nào.
- Việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc đủ điều kiện nhận trợ cấp có thể không phụ thuộc vào việc tôi có ký vào mẫu cho phép này hay không.
- Yêu cầu sao chép hồ sơ y tế phải chịu phí sao y theo quy định của liên bang/tiểu bang.