



The First 5 years.  
Make them count.

**ĐƠN CHO PHÉP SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ CÁC THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT THEO HIPAA**

(Các Hồ Sơ về Y Tế, Sức Khỏe Tâm Thần, và Cai Nghiện Ma Túy và Rượu)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

*Đơn cho phép này liên quan đến các hồ sơ của cá nhân sau đây:*

**Tên: Họ** \_\_\_\_\_ **Tên** \_\_\_\_\_ **Tên Lót:** \_\_\_\_\_

**Ngày Sinh:** \_\_\_\_\_ **Số Điện Thoại ( )** \_\_\_\_\_

**Địa Chỉ:** \_\_\_\_\_

**Những Yếu Tố Xác Định Khác:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Tôi**, (họ tên) \_\_\_\_\_ cho phép các tổ chức liệt kê dưới đây tiết lộ các thông tin cụ thể dưới đây cho **FIRST 5 Santa Clara County và các cơ quan cộng tác của FIRST 5**. Bởi vì sự cho phép này cho biết dữ kiện là \_\_\_\_\_ đã được điều trị bởi mỗi nhà cung cấp dịch vụ cai nghiện liệt kê dưới đây, tôi cũng cho phép tất cả các tổ chức liệt kê dưới đây tiết lộ cho mọi tổ chức khác được nêu tên trong này việc \_\_\_\_\_ đã nhận được sự điều trị cai nghiện từ họ.

**I**, (name) \_\_\_\_\_ authorize the organizations listed below to disclose the information specified below to **FIRST 5 Santa Clara County and its partner agencies**. Because this authorization discloses the fact that \_\_\_\_\_ received treatment from each provider listed below, I further authorize all organizations listed below to disclose to all other named organizations in this authorization the fact that \_\_\_\_\_ received treatment from them.

**CHỮ KÝ:** \_\_\_\_\_

**Bệnh Nhân/Người Đại Diện**

**Ngày**

Họ Tên: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Chỉ dành cho người đại diện pháp lý:

**Tôi, \_\_\_\_\_ (in họ tên) được ủy quyền về mặt pháp lý để thực hiện đơn cho phép này trên danh nghĩa của cá nhân được nêu tên trên đây, bởi vì tôi là:**

\_\_\_ **Phụ Huynh của Trẻ Em Vị Thành Niên**

\_\_\_ **Cha Mẹ Nuôi (H&S Code section 1530.6)**

\_\_\_ **Người Giám Hộ Hợp Pháp**

\_\_\_ **Người Quản Thúc**

**MỤC ĐÍCH:** Người/tổ chức nhận các thông tin về sức khỏe có thể sử dụng thông tin đó để phối hợp các quyền lợi và dịch vụ cho cá nhân nêu tên trên đây thông qua các chương trình của FIRST 5, và soạn thảo các dữ liệu cần thiết để đánh giá kết quả FIRST 5 và báo cáo cho Tiểu Bang.

Các thông tin có thể bao gồm, nhưng không giới hạn bởi: các kết quả Đánh Giá và Sàng Lọc (Assessment and Screening); hồ sơ bệnh án, chữa trị và chẩn đoán tâm lý và tâm thần; các thông tin y tế kể cả các kết quả xét nghiệm và chẩn đoán; đánh giá về giáo dục và các báo cáo về hành vi; cai nghiện ma túy và rượu.

**THỜI GIAN:** Đơn cho phép này có hiệu lực vào ngày thực hiện và vẫn duy trì giá trị hiệu lực trong vòng ba năm kể từ ngày này, trừ khi tôi hủy bỏ đơn sớm hơn, hoặc cho đến một ngày sớm hơn nêu ra sau đây: \_\_\_\_\_ (ngày).

**HỦY BỎ:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ đơn cho phép này bất cứ lúc nào, trừ khi chương trình hoặc người được quyền tiết lộ thông tin đã thực hiện điều này dựa theo đơn này. Việc hủy bỏ (1) phải được thực hiện bằng văn bản, (2) phải được gửi hoặc trao trực tiếp cho FIRST 5, hoặc người cung cấp dịch vụ chữa trị. Một khi đã bị hủy bỏ, các thông tin sức khỏe bảo mật của quý vị sẽ không còn được tiết lộ nữa.

**ĐIỀU KIỆN:** Tôi hiểu rằng việc chữa trị, thanh toán, ghi danh, hoặc điều kiện tư cách để hưởng các quyền lợi sẽ không dựa trên cơ sở tôi đồng ý hay từ chối cho phép tiết lộ thông tin, trừ khi việc chữa trị của tôi có liên quan đến việc nghiên cứu, hoặc trong trường hợp dịch vụ  
White Copy: Parent/Legal Guardian    Pink Copy: Family Partner    Yellow Copy: Health Care Provider  
Golden Rod: Preschool Agency

chăm sóc sức khỏe chỉ được cung cấp cho tôi nhằm mục đích tạo ra các thông tin sức khỏe bảo mật để tiết lộ cho một bên thứ ba. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể từ chối ký tên vào đơn cho phép này.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận một bản sao của đơn cho phép này nếu tôi yêu cầu. Tôi cũng hiểu rằng các thông tin tiết lộ dựa theo đơn cho phép này tùy thuộc vào sự tái tiết lộ của người nhận và có thể không còn được bảo mật bởi các luật về bảo mật của Liên Bang và Tiểu Bang.

**Các Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế (Tên/địa chỉ/số điện thoại):**

\_\_\_\_1. Santa Clara Valley Medical Center

Hồ Sơ được Yêu Cầu:

Ngày của Hồ Sơ:

Số Hồ Sơ Y Tế:

\_\_\_\_2. Cơ Quan Y Tế Công Cộng Santa Clara County (Santa Clara County Public Health Department)

Hồ Sơ được Yêu Cầu:

Ngày của Hồ Sơ:

Số Hồ Sơ Y Tế:

\_\_\_\_3. Tổ chức chăm sóc y tế khác (bác sĩ tư)

Hồ Sơ được Yêu Cầu:

Ngày của Hồ Sơ:

Số Hồ Sơ Y Tế:

\_\_\_\_4.

Hồ Sơ được Yêu Cầu:

Ngày của Hồ Sơ:

Số Hồ Sơ Y Tế: