

YÊU CẦU ỦY QUYỀN ĐỐI VỚI NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Tiếp cận Hồ Sơ INTEGRIS & Me của Một Người Trưởng Thành Khác

Để yêu cầu tiếp cận ủy quyền đối với hồ sơ INTEGRIS & Me của một người trưởng thành, vui lòng điền vào mẫu đơn này. Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của họ phải ký vào giấy này và cung cấp giấy ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin y tế trong INTEGRIS & Me trên giấy "Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Y Tế cho Người Trưởng Thành Được Ủy Quyền." Vui lòng lưu ý rằng quý vị sẽ có thể truy cập biểu đồ của bệnh nhân thông qua hồ sơ INTEGRIS & Me của quý vị (của người được ủy quyền). Việc điền vào mẫu đơn này sẽ lập một hồ sơ INTEGRIS & Me cho quý vị và bệnh nhân. Vui lòng cung cấp ID do chính phủ cấp để xác minh danh tính khi gửi mẫu đơn này. *Gửi kèm một bản sao của giấy tờ giám hộ, giấy ủy quyền hoặc giấy Chỉ Thị Trước của bệnh nhân nếu thích hợp.*

Gửi lại các mẫu đơn cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe INTEGRIS của quý vị. Nếu quý vị không có một nhà cung cấp INTEGRIS, vui lòng gửi đến: INTEGRIS Health Information Department, Release of Information, 3433 N.W. 56th Street, Building B, Suite C50, Oklahoma City, OK 73112 hoặc fax đến số 405-552-8704. Nếu có thắc mắc, hãy gọi số 877-778-7211.

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN CỦA QUÝ VỊ (Tất Cả Các Phần Là Bắt Buộc - Vui Lòng Viết In Rõ)
Phần này phải được điền bởi người yêu cầu tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của một người trưởng thành khác.

TÊN - HỌ, TÊN, TÊN ĐẸM		<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội
ĐỊA CHỈ ĐƯỞNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	
SỐ ĐIỆN THOẠI	<input type="radio"/> Nhà <input type="radio"/> Nơi Làm Việc <input type="radio"/> Di Động	ĐỊA CHỈ EMAIL		

THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN (Tất Cả Các Phần Là Bắt Buộc - Vui Lòng Viết In Rõ)
Điền vào phần này với thông tin về bệnh nhân mà quý vị yêu cầu tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của họ.

TÊN - HỌ, TÊN, TÊN ĐẸM		<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	NGÀY SINH	4 CHỮ SỐ CUỐI CÙNG CỦA SỐ SSN
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP	
SỐ ĐIỆN THOẠI	<input type="radio"/> Nhà <input type="radio"/> Nơi Làm Việc <input type="radio"/> Di Động	ĐỊA CHỈ EMAIL		

CÁC ĐIỀU KHOẢN và THỎA THUẬN CỦA INTEGRIS & Me

- Tôi hiểu rằng INTEGRIS & Me được thiết kế như một nguồn trực tuyến bảo mật về thông tin y tế bảo mật. Nếu tôi chia sẻ ID và mật khẩu INTEGRIS & Me của tôi với một người khác, người đó có thể xem thông tin sức khỏe về một người đã ủy quyền cho tôi với tư cách người được ủy quyền về INTEGRIS & Me.
- Tôi đồng ý rằng tôi có trách nhiệm chọn một mật khẩu bảo mật, bảo quản mật khẩu của tôi một cách an toàn, và đổi mật khẩu nếu tôi cho rằng nó đã bị lộ dưới bất kỳ hình thức nào.
- Tôi hiểu rằng INTEGRIS & Me chứa thông tin y tế chọn lọc, giới hạn từ hồ sơ y tế của bệnh nhân và INTEGRIS & Me không phản ánh nội dung hoàn chỉnh của hồ sơ y tế đó.
- Tôi hiểu rằng các hoạt động của tôi trong INTEGRIS & Me có thể được theo dõi bằng quy trình kiểm tra máy tính và dữ liệu tôi nhập có thể trở thành một phần của hồ sơ y tế của bệnh nhân.
- Tôi hiểu rằng quyền truy cập INTEGRIS & Me do INTEGRIS Health cung cấp để tiện cho bệnh nhân và INTEGRIS Health có quyền vô hiệu quyền truy cập INTEGRIS & Me vào bất kỳ lúc nào vì bất kỳ lý do gì. Tôi hiểu rằng việc sử dụng INTEGRIS & Me là tự nguyện và tôi không buộc phải sử dụng INTEGRIS & Me hay cho phép một người được ủy quyền INTEGRIS & Me.
- Nếu mối quan hệ pháp lý của người được ủy quyền với bệnh nhân có thay đổi, phải thông báo cho INTEGRIS Health ngay lập tức bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe INTEGRIS của quý vị.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu giấy đăng ký INTEGRIS & Me này và các Điều Khoản và Điều Kiện kèm theo, và xác nhận rằng tôi là người được ủy quyền của bệnh nhân.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ (NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN)	NGÀY
TÊN VIẾT IN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu giấy đăng ký INTEGRIS & Me này. Tôi đồng ý với các điều khoản của nó và chọn chỉ định người có tên bên trên làm Người Được Ủy Quyền về INTEGRIS & Me của tôi, theo đó cho phép họ tiếp cận Hồ Sơ INTEGRIS & Me của tôi.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN (HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN)	NGÀY
TÊN VIẾT IN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:





Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Y Tế cho Người Trưởng Thành Được Ủy Quyền

Giấy này là giấy ủy quyền sẽ cho phép INTEGRIS Health tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho người trưởng thành được ủy quyền do quý vị chỉ định. Vui lòng đọc kỹ tài liệu này.

Giấy này phải được điền bởi bệnh nhân nào cho phép một người trưởng thành khác tiếp cận thông tin y tế trong hồ sơ INTEGRIS & Me của bệnh nhân. Nó phải đi kèm Giấy Ủy Quyền Đối Với Người Trưởng Thành, cho biết tên và thông tin của người mà bệnh nhân cho phép tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của mình với tư cách người được ủy quyền.

TÊN BỆNH NHÂN – HỌ, TÊN, TÊN ĐỆM	<input type="radio"/> Nam <input type="radio"/> Nữ	NGÀY SINH	4 CHỮ SỐ CUỐI CÙNG CỦA SỐ SSN
----------------------------------	---	-----------	-------------------------------

Tôi yêu cầu _____ (chèn tên của người được ủy quyền) yêu cầu quyền tiếp cận thông tin sức khỏe của tôi có trong Hồ Sơ INTEGRIS & Me của tôi. Người này là người được ủy quyền về INTEGRIS & Me do tôi chỉ định. Tôi cho phép INTEGRIS Health tiết lộ thông tin sức khỏe có trong hồ sơ INTEGRIS & Me của tôi cho người được ủy quyền về INTEGRIS & Me của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế trong INTEGRIS & Me được lấy từ hồ sơ y tế điện tử của tôi và có thể gồm có thông tin từ các cơ sở INTEGRIS Health khác. Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin nào có trong hồ sơ y tế INTEGRIS & Me của tôi do INTEGRIS Health nắm giữ cho người được ủy quyền do tôi chỉ định.

Tôi chỉ cho phép tiết lộ thông tin này thông qua hồ sơ INTEGRIS & Me của tôi. Giấy này không cho phép tiết lộ hồ sơ y tế của tôi cho người được ủy quyền do tôi chỉ định bằng các cách khác hoặc trong các mẫu đơn khác.

Tôi hiểu rằng một khi thông tin đã được tiết lộ, có khả năng nó có thể được người được ủy quyền tái tiết lộ và thông tin đã tiết lộ có thể không được bảo vệ bởi các quy định bảo mật của liên bang.

Việc tham gia INTEGRIS & Me và chỉ định người được ủy quyền về INTEGRIS & Me là hoàn toàn tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi không buộc phải chỉ định một người được ủy quyền về INTEGRIS & Me và tôi không buộc phải cung cấp giấy ủy quyền này. Tôi cũng hiểu rằng INTEGRIS Health không ra điều kiện về sự điều trị chăm sóc sức khỏe, thanh toán hay các dịch vụ khác dựa trên việc tôi có cung cấp giấy ủy quyền này hay không. Tuy nhiên, tôi cũng hiểu rằng nếu tôi không cung cấp giấy ủy quyền, INTEGRIS Health sẽ không được phép cho phép người được ủy quyền do tôi chỉ định tiếp cận hồ sơ INTEGRIS & Me của tôi.

Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn khi bị rút lại, hoặc vào ngày hoặc sự kiện được cho biết ở đây _____. Tôi cũng có thể rút lại giấy ủy quyền này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi yêu cầu rút lại bằng văn bản cho INTEGRIS Health.

Tôi hiểu rằng nếu tôi rút lại giấy ủy quyền này, quyền tiếp cận của người được ủy quyền do tôi chỉ định đối với hồ sơ INTEGRIS & Me của tôi sẽ chấm dứt. Tôi cũng hiểu rằng việc tôi rút lại sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ trường hợp tiết lộ nào đã thực hiện trước khi giải quyết yêu cầu rút lại của tôi.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN (HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN)	NGÀY
TÊN VIẾT IN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN

Nếu người ký tên không phải là bệnh nhân, hãy cho biết thẩm quyền ký tên cho bệnh nhân (ví dụ như người giám hộ) và đính kèm giấy tờ chứng minh:

Biểu mẫu đã hoàn thành có thể được gửi đến phòng Quản Lý Thông Tin của INTEGRIS Health qua số fax 405-552-8773, gửi bằng thư đến 3433 NW 56th Street, Bld. B Ste. C50 Oklahoma City, OK 73112, hoặc gửi bằng email đến Healthinfomanagement@integrishealth.org. Nếu có thắc mắc, vui lòng gọi đến số 877-778-7211.

Patient Label
Patient Name:
MRN:
DOB:

