



BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

BỆNH NHÂN YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (HỒ SƠ Y TẾ)

PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

THÔNG TIN BỆNH NHÂN:				
Tên:		Chữ tắt tên đệm:	Họ:	
Ngày sinh:	Điện thoại:		E-Mail:	
Địa chỉ:		Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:

QUÝ VỊ YÊU CẦU CUNG CẤP HỒ SƠ TỪ Đâu?	
<input type="checkbox"/> HỒ SƠ BỆNH VIỆN Bayfront Health St. Petersburg 701 6 th St. South, St. Petersburg, FL 33701	<input type="checkbox"/> HỒ SƠ HÀNH NGHỀ BÁC SĨ: Bayfront Health Medical Group Tên Bác sĩ/Nhà cung cấp Dịch vụ: _____ Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

QUÝ VỊ CẦN GỬI HỒ SƠ CHO AI?	
Bayfront Health cần gửi hồ sơ của tôi đến: <input type="checkbox"/> Tôi -HOẶC- <input type="checkbox"/> Đại diện Cá nhân -HOẶC- <input type="checkbox"/> Bên thứ ba (nếu dưới đây)	
Tên Người nhận (nếu không phải bản thân tôi):	Điện thoại:
	Fax (Chỉ các Cơ sở Y tế):
Địa chỉ Gửi thư hoặc Email của Người nhận:	

QUÝ VỊ YÊU CẦU CUNG CẤP HỒ SƠ NÀO?	
(Những) Ngày Cung cấp Dịch vụ: ____/____/____ cho đến ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Tóm tắt (Tất cả Ghi chú & Kết quả Chẩn đoán) <input type="checkbox"/> Ghi chú Tư vấn <input type="checkbox"/> Tóm tắt Xuất viện <input type="checkbox"/> Ghi chú Phòng cấp cứu <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ): _____	<input type="checkbox"/> Tiểu sử và Ghi chú Thể chất <input type="checkbox"/> Ghi chú Tiến triển <input type="checkbox"/> Ghi chú Phẫu thuật/Làm thủ thuật <input type="checkbox"/> Ghi chú Trị liệu
<input type="checkbox"/> Kết quả Phòng thí nghiệm <input type="checkbox"/> Kết quả Giải phẫu bệnh <input type="checkbox"/> Báo cáo chụp quang tuyến X (CT, MRI, X-Ray, v.v.) <input type="checkbox"/> Hình ảnh chụp quang tuyến X (DICOM - CD/DVD)	
Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ nêu trên có thể bao gồm sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện (ví dụ: ma túy, rượu) thông tin tình trạng HIV/AIDS, hồ sơ chẩn đoán và điều trị.	

QUÝ VỊ MUỐN HỒ SƠ ĐƯỢC CHUYỂN ĐẾN QUÝ VỊ NHƯ THẾ NÀO?		
Gửi Điện tử: <input type="checkbox"/> MyChart (Cổng thông tin Bệnh nhân) <input type="checkbox"/> Thư điện tử An toàn (được mã hóa, giới hạn kích thước) <input type="checkbox"/> Fax (Chỉ các Cơ sở Y tế)	Gửi Thư: <input type="checkbox"/> Giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD)	Trực tiếp Đến lấy: <input type="checkbox"/> Giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD) <i>Đến lấy tại:</i> 701 6 th St. South – Khoa Hồ sơ Y tế

VUI LÒNG VIẾT IN HOA TÊN CỦA QUÝ VỊ VÀ KÝ TÊN BÊN DƯỚI		
Tên của Bệnh nhân hoặc Người Giám hộ/Đại diện Cá nhân (vui lòng viết in hoa):	Quan hệ với Bệnh Nhân (vui lòng viết in hoa):	
Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Người Giám hộ/Đại diện Cá nhân:	Ngày/Thời gian:	Ngày Hết hạn (tùy chọn):

GỬI BIỂU MẪU ĐÃ ĐIỀN ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN TỚI:	
Ghé trực tiếp/Thư tín: Bayfront Health St. Petersburg Release of Information 701 6 th St. South, St Petersburg, FL 33701	Fax: (727) 893-6932 E-mail: medicalrecords@bayfrontstpete.com Điện thoại (Dịch vụ khách hàng): (727) 893-6705



BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

BỆNH NHÂN YÊU CẦU CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (HỒ SƠ Y TẾ)
PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

GIẢI THÍCH VỀ BIỂU MẪU

Các luật và quy định đòi hỏi rằng một số nguồn thông tin cá nhân phải có giấy ủy quyền đã ký hoặc đơn cho phép trước khi công khai. Ngoài ra, một số luật yêu cầu việc ủy quyền cụ thể để phát hành các thông tin về một số bệnh trạng nhất định và từ các nguồn giáo dục.

Bằng cách ký vào biểu mẫu này:

- Quý vị hiểu rằng cho phép này áp dụng cho tất cả hoặc bất kỳ phần nào của hồ sơ được chỉ định ở trên, có thể bao gồm thông tin sức khỏe tâm thần và/hoặc tư vấn/xét nghiệm di truyền và/hoặc lạm dụng rượu/ma túy và/hoặc AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải), và/hoặc có thể bao gồm kết quả xét nghiệm HIV hoặc thực tế là xét nghiệm HIV đã được thực hiện. Quý vị đã đồng ý rõ ràng với việc tiết lộ thông tin này như được chỉ định ở trên hoặc theo yêu cầu của pháp luật.
- Quý vị hiểu rằng cho phép này sẽ hết hạn vào ngày được chỉ định tại phần Ngày Hết hạn. Nếu quý vị không chỉ rõ sự kiện hoặc điều kiện hết hạn, cho phép này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.
- Quý vị hiểu rằng cho phép này có thể được thu hồi khi có thông báo bằng văn bản cho văn phòng nơi lưu giữ cho phép ban đầu, ngoại trừ những hành động đã được thực hiện đối với cho phép này.
- Quý vị hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị được sử dụng hoặc tiết lộ theo cho phép này có thể bị người nhận tiết lộ lại và quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị có thể không còn được pháp luật bảo vệ.
- Quý vị cũng hiểu rằng Bayfront Health không được đặt điều kiện để cung cấp điều trị, thanh toán, ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế hoặc đủ điều kiện nhận các quyền lợi đối với việc cung cấp giấy cho phép này.
- Quý vị hiểu rằng quý vị sẽ nhận được một bản sao có chữ ký của biểu mẫu này nếu đã yêu cầu.
- Quý vị hiểu rằng quý vị có thể bị tính phí khi yêu cầu cung cấp một bản sao hồ sơ y tế của mình theo sự cho phép của Luật Florida. Lệ phí được liệt kê trên trang web của chúng tôi, các địa điểm ghé đến nhận hồ sơ y tế trực tiếp hoặc gọi cho chúng tôi.

Quản lý Thông tin Sức khỏe - Tiết lộ Thông tin
Website: www.bayfrontstpete.com/medicalrecords
Điện thoại: (727) 893-6705

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)

QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____