|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee**  **Ủy Quyền Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe Theo HIPAA Cho TDHS** | | | | | | |
| **Thông tin sẽ được tiết lộ cho:**  **TÊN VIẾT IN HOA**► | | | **Ngày:** | **Thông Tin Người Ký:**  Bản thân Phụ huynh của trẻ vị thành niên Người giám hộ  Đại diện được ủy quyền khác (giải thích) \* Có thể cần cung cấp bằng chứng về ủy quyền hợp pháp. | | | |
| **Địa Chỉ Đường** | | | |
| **(Phụ huynh/người giám hộ ký vào đây nếu luật Tiểu Bang yêu cầu hai chữ ký)** | | | |
| **Số Điện Thoại (kèm mã vùng)** | | **Thành Phố** | | | **Tiểu Bang** | | **Mã Zip** |
| **Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc). Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể yêu cầu để sử dụng cho nhận dạng.** | | | | | **Ngày Sinh** | | |
|  | | | | | | | |
| **Tôi cho phép gửi những hồ sơ sau đây đến Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee (TDHS) và những người đại diện/nhà thầu được ủy quyền của Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Tennessee. Hồ sơ sẽ được sử dụng để giúp quyết định xem người nào đó có đủ điều kiện nhận dịch vụ hoặc quyền lợi hay không.** | | | | | | | |
| **TDHS có thể nhận bất kỳ và tất cả hồ sơ y tế/sức khỏe:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_ Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **TDHS có thể thu thập bất kỳ và tất cả hồ sơ sức khỏe tâm thần:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_ Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **TDHS có thể thu thập hồ sơ giới thiệu tiếp nhận điều trị cai nghiện ma túy hoặc rượu:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_ Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **TDHS có thể thu thập hồ sơ xét nghiệm/điều trị HIV/AIDS:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_ Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **\*\*Mô Tả Cụ Thể về bất kỳ thông tin y tế/sức khỏe nào khác có thể được cung cấp:** | | | | | | | |
| **Theo quy định của pháp luật, phải xác định cụ thể nhóm người hoặc những người**  **có thể được yêu cầu cung cấp thông tin. Chọn một trong những tùy chọn sau:** | | | | | | | |
| **Thay vì xác định cụ thể những cá nhân/tổ chức có thể được yêu cầu cung cấp thông tin, tôi chọn cho phép TDHS được yêu cầu cung cấp thông tin từ nhóm các cá nhân/tổ chức sau: bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, viện dưỡng lão, bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tư nhân hoặc chính phủ nào khác, công ty bảo hiểm và các chương trình bảo hiểm y tế công hoặc tư:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **-HOẶC-** | | | | | | | |
| **Tôi chọn xác định những cá nhân/tổ chức cụ thể có thể được yêu cầu cung cấp thông tin. TDHS chỉ được thu thập thông tin y tế/sức khỏe của tôi từ những cá nhân/tổ chức cụ thể sau:** | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_Viết tắt tên nếu chọn “Có”** | |
| **QUÝ VỊ KHÔNG CẦN PHẢI ĐỒNG Ý TIẾT LỘ HỒ SƠ CỦA MÌNH.**  ***Nếu quý vị không đồng ý tiết lộ hồ sơ của mình cho chúng tôi hoặc nếu quý vị thu hồi sự cho phép,***  ***TDHS có thể không thể đưa ra quyết định kịp thời hoặc có thể phải từ chối cung cấp quyền lợi.*** | | | | | | | |
| * TDHS có thể sao chép biểu mẫu này và cũng có thể sử dụng bản sao trên máy tính, bản sao điện tử và/hoặc bản fax. * Quý vị sẽ nhận được một bản sao của biểu mẫu này sau khi ký. Quý vị có thể yêu cầu bác sĩ hoặc bệnh viện cho xem hoặc sao chép thông tin được gửi tới TDHS sau khi quý vị ký vào biểu mẫu này. * **Ủy quyền này có hiệu lực trong vòng 12 tháng kể từ ngày quý vị ký vào biểu mẫu này trừ khi quý vị thu hồi ủy quyền trước thời hạn..** * **Quý vị có quyền rút lại ủy quyền của mình bất cứ lúc nào.. *Quý vị không thể thu hồi lại thông tin đã được sử dụng để xử lý trường hợp của quý vị hoặc đã được cung cấp cho chúng tôi trước thời điểm quý vị thu hồi ủy quyền.*** * **Để thu hồi ủy quyền, quý vị có thể *gửi thư cho* TDHS tại quận của mình, hoặc *gửi thư cho* bác sĩ, bệnh viện, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, công ty bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe để thu hồi ủy quyền của mình bất cứ lúc nào.** * Tất cả thông tin cung cấp cho TDHS đều được bảo vệ theo Đạo Luật Quyền Riêng Tư Năm 1974 và các luật hoặc quy định của liên bang hay tiểu bang. Thông tin này sẽ không được cung cấp cho các cá nhân hoặc tổ chức khác trừ khi luật pháp hoặc quy định cho phép hay yêu cầu chúng tôi cung cấp thông tin đó, hoặc khi quý vị cho phép chúng tôi cung cấp thông tin đó. Nếu chúng tôi được yêu cầu hoặc được phép cung cấp thông tin, thì thông tin đó có thể không được bảo vệ nếu cá nhân hoặc tổ chức nhận thông tin đó không có nghĩa vụ phải bảo vệ thông tin theo quy định của pháp luật. * **Chúng tôi cũng có thể sử dụng thông tin của quý vị khi đối chiếu các hồ sơ trên máy tính.** Máy tính sẽ đối chiếu thông tin của chúng tôi với dữ liệu từ các cơ quan chính quyền liên bang, tiểu bang hoặc địa phương khác. Nhiều cơ quan sẽ sử dụng thông tin đối chiếu để xác định xem một cá nhân có đang nhận phúc lợi do chính quyền liên bang hoặc tiểu bang chi trả hay không. Việc đối chiếu này cũng giúp chứng minh một cá nhân có đủ điều kiện nhận trợ giúp hay không. Theo quy định của pháp luật, chúng tôi được phép thực hiện điều này ngay cả khi quý vị không đồng ý. * Hãy yêu cầu TDHS giải thích nếu quý vị có thắc mắc về cách thức hoặc lý do sử dụng thông tin của quý vị. | | | | | | | |

**Chữ Ký của Cá Nhân hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*Người Làm Chứng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*(Cần ký nếu cá nhân hoặc đại diện được ủy quyền ký bằng dấu “X”)***

Ủy quyền này được lập ra nhằm tuân thủ các quy định liên quan đến việc tiết lộ thông tin y tế/sức khỏe theo Đạo Luật Công 104-191 (“HIPAA”); Tiêu Đề 45 của Bộ Luật Liên Bang phần 160 và 164; Tiêu Đề 42 của Bộ Luật Hoa Kỳ Mục 290dd-2; Tiêu Đề 42 CFR phần 2.31; Tiêu Đề 38 của Bộ Luật Hoa Kỳ mục 7332 và T.C.A § 68-10.