

Mẫu Đơn Bệnh Nhân Ủy Quyền

Greater Houston Healthconnect

_____ [TÊN NGƯỜI THAM GIA] tham gia trong Healthconnect, một cơ quan phi nhuận lợi cung cấp bảo mật hệ thống điện tử cho những thành viên tham gia trong Healthconnect, gồm có các văn phòng bác sỹ, các nhà thương, các phòng thí nghiệm, các tiệm thuốc tây, các trung tâm phóng xạ và những người trả tiền bồi thường sức khỏe như hãng bảo hiểm sức khỏe để chia sẻ tài liệu sức khỏe được bảo vệ của bạn. ("PHI") Một danh sách của những thành viên tham gia trong Healthconnect hiện thời có sẵn tại www.ghhconnect.org. Khi bạn gia nhập Healthconnect, bác sỹ của bạn có thể tìm kiếm qua điện tử tất cả thành viên Healthconnect tham gia trong PHI và sử dụng nó trong lúc điều trị cho bạn. Healthconnect không thay đổi ai được nhìn thấy tài liệu của bạn - nó cho phép tài liệu của bạn được chia sẻ trong một cách mới. Tất cả thành viên tham gia trong Healthconnect phải bảo vệ sự riêng tư của bạn theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang.

Sự điều trị và hội đủ tiêu chuẩn cho lợi ích sẽ không bị ảnh hưởng trong bất cứ cách nào nếu bạn chọn không tham gia.

Bằng cách ký Ủy Quyền này, bạn bằng lòng Healthconnect và các thành viên hiện tại và tương lai có thể sử dụng và tiết lộ tài liệu của bạn được bảo vệ bằng điện tử qua Healthconnect **với mục đích hạn chế về điều trị, trả tiền và những hoạt động chăm sóc sức khỏe**. Bạn hiểu rằng Healthconnect có thể liên kết đến những trao đổi tài liệu sức khỏe khác trong Texas và trên toàn quốc cũng phải bảo vệ sự riêng tư của bạn vì theo quy định của luật pháp tiểu bang và liên bang, và bạn ủy quyền Healthconnect chia sẻ tài liệu của bạn với những sự trao đổi cùng mục đích hạn chế.

Tài liệu sức khỏe của bạn có thể chia sẻ qua Healthconnect gồm có:

- Chẩn Đoán (bệnh hoặc có vấn đề)
- Những tóm tắt về sự điều trị trong văn phòng bác sỹ và bản sao các tài liệu hồ sơ y tế của bạn
- Các kết quả xét nghiệm, chụp quang tuyến X và xét nghiệm khác
- Thuốc (hiện tại và trong quá khứ)
- Những tài liệu riêng tư như tên, địa chỉ, số điện thoại, giới phái, dân tộc và tuổi
- Tên của Bác Sỹ Gia Đình và những ngày phục vụ
- Điều trị nghiện rượu, lạm dụng thuốc, và tư cách sức khỏe
- Kết quả xét nghiệm và điều trị của bệnh HIV/AIDS
- Kết quả xét nghiệm và điều trị của bệnh Viêm Gan B hoặc C
- Kiểm tra di truyền và điều trị
- Tài liệu hệ Gen, nếu được cung cấp
- Lịch sử y tế gia đình, nếu được cung cấp

Ủy quyền này vẫn có hiệu lực trừ khi và cho đến khi bạn thu hồi nó lại. Bạn có thể thu hồi ủy quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản đến bất cứ văn phòng cung cấp điều trị sức khỏe nào tham gia trong Healthconnect. Sự thu hồi của bạn sẽ có hiệu lực nội trong (3) ngày. Bạn hiểu rằng thu hồi ủy quyền này không ảnh hưởng PHI mà đã chia sẻ trước đây khi ủy quyền của bạn đã có hiệu lực.

Tên Bệnh Nhân: _____

Chữ Ký Của Người Ủy Quyền: _____ Ngày: _____

Tên (Nếu khác hơn Bệnh Nhân): _____ Liên Hệ với Bệnh Nhân: _____

_____ Xin ký tắt nơi đây nếu bạn KHÔNG muốn các nhà cung cấp sức khỏe của bạn xem hồ sơ của mình.