

Thông Tin về Bệnh Nhân			
Tên		Họ	Tên Đệm Viết Tắt
Địa Chỉ		Thành Phố	Mã Zip
Vui lòng đánh dấu số điện thoại Chính	Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Nơi Làm Việc <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Di Động <input type="checkbox"/>
Giới tính hợp pháp <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phi Nhị Nguyên Giới	Bản Dạng Giới <input type="checkbox"/> Nam/Nữ <input type="checkbox"/> Nữ/Nam <input type="checkbox"/> Khác	Số An Sinh Xã Hội	Ngôn Ngữ Ưu Tiên
Tình Trạng Hôn Nhân <input type="checkbox"/> Kết Hôn <input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Hôn <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Goá Bụa <input type="checkbox"/> Bạn Tình Chung Sống		Phương Thức Liên Hệ Ưu Tiên <input type="checkbox"/> Thư Đường Bưu Điện <input type="checkbox"/> Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/> Điện Thoại Ban Ngày <input type="checkbox"/> Điện Thoại Di Động <input type="checkbox"/> Cổng Thông Tin Bệnh Nhân (myChart)	Sắc Tộc <input type="checkbox"/> Người Campuchia <input type="checkbox"/> Người Cu Ba <input type="checkbox"/> Người Phi Luật Tân <input type="checkbox"/> Người Mễ Tây Cơ, Người Mỹ gốc Mễ Tây Cơ, Người Mễ Tây Cơ sống tại Mỹ <input type="checkbox"/> Người không phải gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha <input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha/Bồ Đào Nha Khác <input type="checkbox"/> Bệnh Nhân Từ Chối Trả Lời/Không Thể Cung Cấp <input type="checkbox"/> Người Puerto Rico
Bác Sĩ Chăm Sóc Chính		Tôn Giáo	
Quý vị biết đến chúng tôi bằng cách nào?			
Bên Chịu Trách Nhiệm		Giống như bệnh nhân	
Tên		Họ	Tên Đệm Viết Tắt
Địa Chỉ		Thành Phố	Mã Zip
Vui lòng đánh dấu số điện thoại Chính	Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Nơi Làm Việc <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Di Động <input type="checkbox"/>
Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân		Bảng Lái Xe	
Người Liên Hệ Khẩn Cấp (nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, có thể cung cấp thông tin của phụ huynh còn lại trong phần này)			
Tên		Họ	Tên Đệm Viết Tắt
Vui lòng đánh dấu số điện thoại Chính	Điện Thoại Nhà <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Nơi Làm Việc <input type="checkbox"/>	Điện Thoại Di Động <input type="checkbox"/>
Ngôn Ngữ Ưu Tiên		Mối Quan Hệ	
<p>Bằng văn bản này, tôi/chúng tôi chấp thuận và ủy quyền cho phép thực hiện tất cả các liệu pháp điều trị, phẫu thuật và dịch vụ y tế được các bác sĩ và nhân viên của các nhóm y tế trực thuộc MemorialCare Medical Foundation khuyến nghị cho tôi hoặc cho trẻ vị thành niên có tên ở trên mà tôi là cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Theo đây, tôi chứng nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của tôi, tất cả những thông tin đưa ra trong văn bản này là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm trực tiếp cho tất cả các chi phí phát sinh của những dịch vụ y tế cung cấp cho bản thân tôi và những người phụ thuộc của tôi bất kể có bảo hiểm hay không, chỉ trừ các dịch vụ đã được cho phép quy định trong hợp đồng HMO trả trước hợp lệ. Ngoài ra, tôi đồng ý thanh toán tiền lãi pháp lý, chi phí thu nợ và phí luật sư phát sinh để thu bất kỳ số tiền nào tôi có thể nợ. Bằng văn bản này, tôi cũng ủy quyền cho phép nhóm y tế trực thuộc MemorialCare Medical Foundation của tôi tiết lộ thông tin theo yêu cầu của hãng bảo hiểm và/hoặc đại diện của họ. Tôi hoàn toàn hiểu thỏa thuận này và chấp thuận của tôi sẽ tiếp tục cho đến khi tôi hủy bỏ bằng văn bản.</p>			
Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm		Ngày	
Tên của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (Vui Lòng Viết In Hoa)		Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	

Giao Tiếp Với Quý Vị

Để giao tiếp hiệu quả với quý vị về thông tin y tế của quý vị, chúng tôi yêu cầu quý vị điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu này để xác định những cách tốt nhất để cung cấp cho quý vị thông tin bảo mật của quý vị. **Chúng tôi có thể liên lạc với quý vị thông qua thư gửi đường bưu điện, email, tin nhắn văn bản và/hoặc điện thoại.**

Vui lòng đánh dấu vào tất cả các phương thức mà quý vị cho phép MemorialCare sử dụng để liên lạc với quý vị:

<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể liên lạc với tôi qua điện thoại
<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể nhắn tin văn bản cho tôi
<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể để lại một tin nhắn thoại
<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể liên lạc với tôi qua thư gửi đường bưu điện
<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể liên lạc với tôi qua email
<input type="checkbox"/> Tổ chức có thể liên lạc với tôi qua myChart

Vui lòng liệt kê bất kỳ người nào quý vị muốn có quyền truy cập vào thông tin hóa đơn, cuộc hẹn hoặc sức khỏe của quý vị, chẳng hạn như vợ/chồng, người chăm sóc hoặc thành viên khác trong gia đình quý vị. Chúng tôi sẽ yêu cầu thêm sự chấp thuận trước khi tiết lộ thông tin liên quan đến các dịch vụ tâm thần và/hoặc kết quả xét nghiệm HIV.

Tên/Số Điện Thoại	Mối Quan Hệ	Tùy Chọn
1.		<input type="checkbox"/> Thông Tin Hóa Đơn <input type="checkbox"/> Thông Tin Cuộc Hẹn <input type="checkbox"/> Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe
2.		<input type="checkbox"/> Thông Tin Hóa Đơn <input type="checkbox"/> Thông Tin Cuộc Hẹn <input type="checkbox"/> Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe
3.		<input type="checkbox"/> Thông Tin Hóa Đơn <input type="checkbox"/> Thông Tin Cuộc Hẹn <input type="checkbox"/> Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe
4.		<input type="checkbox"/> Thông Tin Hóa Đơn <input type="checkbox"/> Thông Tin Cuộc Hẹn <input type="checkbox"/> Thông Tin Y Tế/Sức Khỏe

Yêu cầu này thay thế mọi yêu cầu trước đó về việc giao tiếp, trao đổi thông tin mà tôi có thể đã đưa ra.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Tên của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (Viết In Hoa)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Thông Tin Nhà Thuốc			
Nhà Thuốc Ưu Tiên		Nhà Thuốc Phụ	
Tên:		Tên:	
Địa Chỉ		Địa Chỉ	
Điện Thoại		Điện Thoại	
Fax		Fax	
Chỉ Thị Trước			
<input type="checkbox"/> Không Có <input type="checkbox"/> Không Hồi Sức <input type="checkbox"/> Ủy Quyền Lâu Dài <input type="checkbox"/> Di Chúc Sống <input type="checkbox"/> Ủy Nhiệm Chăm Sóc Sức Khỏe Ngày Xem Xét:			
Thuốc - Liệt kê tất cả các loại thuốc quý vị dùng, theo toa và không theo toa, và liều lượng sử dụng			
<input type="checkbox"/> Tôi không dùng bất kỳ loại thuốc nào			
Tên Thuốc		Liều Lượng	
Dị Ứng Thuốc và Thực Phẩm - Liệt kê tất cả các dị ứng đã biết (thuốc, thực phẩm, động vật, v.v.)			
<input type="checkbox"/> Không Có Dị Ứng Nào Được Biết Đến			
Bệnh Sử - Đánh dấu nếu quý vị đã từng gặp phải các tình trạng sau và năm khởi phát.			
Tình Trạng	Năm	Tình Trạng	Năm
<input type="checkbox"/> Không Có		<input type="checkbox"/> Bệnh Túi Mật	
<input type="checkbox"/> Dị Ứng		<input type="checkbox"/> Bệnh Trào Ngược Dạ Dày Thực Quản (GERD) (Trào ngược)	
<input type="checkbox"/> Thiếu Máu		<input type="checkbox"/> Viêm Gan C	
<input type="checkbox"/> Đau Thắt Ngực		<input type="checkbox"/> Mỡ Máu Cao	
<input type="checkbox"/> Lo Âu		<input type="checkbox"/> Cao Huyết Áp	
<input type="checkbox"/> Viêm Khớp		<input type="checkbox"/> Viêm Ruột Kích Thích	
<input type="checkbox"/> Hen Suyễn		<input type="checkbox"/> Bệnh Gan	
<input type="checkbox"/> Rung Tâm Nhĩ		<input type="checkbox"/> Chứng Đau Nửa Đầu	
<input type="checkbox"/> Phì Đại Tuyến Tiết Tiền Liệt Lành Tính		<input type="checkbox"/> Nhồi Máu Cơ Tim Cấp	
<input type="checkbox"/> Cục Máu Đông		<input type="checkbox"/> Viêm Xương Khớp	
<input type="checkbox"/> Ung Thư - Loại		<input type="checkbox"/> Loãng Xương	
<input type="checkbox"/> Tai Nạn Mạch Máu Não		<input type="checkbox"/> Viêm Loét Dạ Dày - Tá Tràng	
<input type="checkbox"/> Bệnh Đông Mạch Vàng		<input type="checkbox"/> Bệnh Thân	
<input type="checkbox"/> Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mãn Tính		<input type="checkbox"/> Động Kinh	
<input type="checkbox"/> Bệnh Crohn		<input type="checkbox"/> Bệnh Tuyến Giáp	
<input type="checkbox"/> Trầm Cảm		<input type="checkbox"/> Những bệnh khác	
<input type="checkbox"/> Bệnh Tiểu Đường		<input type="checkbox"/> Những bệnh khác	

Lịch Sử Phẫu Thuật – Đánh dấu nếu quý vị đã thực hiện các thủ thuật sau và năm thực hiện.							
Thủ Thuật Phẫu Thuật	Năm	Thủ Thuật Phẫu Thuật	Năm				
<input type="checkbox"/> Không Có		Chỉ Dành Cho Nam Giới					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Nong Mạch		<input type="checkbox"/> Sinh Thiết Tuyến Tiền Liệt					
<input type="checkbox"/> Đặt Stent Mạch Vành		<input type="checkbox"/> Nội Soi Cắt Tuyến Tiền Liệt qua Đường Niệu Đạo (TURP)					
<input type="checkbox"/> Mổ Ruột Thừa		(Nội soi cắt Tuyến Tiền Liệt qua đường niệu đạo)					
<input type="checkbox"/> Mổ Nội Soi Khớp Gối		<input type="checkbox"/> Thắt Ống Dẫn Tinh					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Cột Sống		<input type="checkbox"/> Khác					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật BẮC Cầu Nối Động Mạch Vành (CABG) [bắc cầu tim]		<input type="checkbox"/> Khác					
<input type="checkbox"/> Điều Trị Hội Chứng Ống Cổ Tay		Chỉ Dành Cho Nữ Giới					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Đục Thủy Tinh Thể		<input type="checkbox"/> Mổ Thẩm Mỹ Vú/Ngực					
<input type="checkbox"/> Cắt Bỏ Túi Mật		<input type="checkbox"/> Thắt Ống Dẫn Trứng					
<input type="checkbox"/> Cắt Bỏ Đại Tràng		<input type="checkbox"/> Sinh Thiết Vú					
<input type="checkbox"/> Tạo Hình Hậu Môn Nhân Tạo		<input type="checkbox"/> Đẻ Mổ					
<input type="checkbox"/> Nối Tắt Da Dày		<input type="checkbox"/> Nong Cổ Tử Cung và Nạo Tử Cung					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Thoát Vị Bẹn		<input type="checkbox"/> Cắt Bỏ Tử Cung					
<input type="checkbox"/> Thay Khớp Háng		<input type="checkbox"/> Cắt Bỏ Tuyến Vú					
<input type="checkbox"/> Thay Khớp Gối		<input type="checkbox"/> Bóc Bỏ U Xơ Tử Cung					
<input type="checkbox"/> Mổ Mắt Bằng Lasik		<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Thu Nhỏ Ngực					
<input type="checkbox"/> Sinh Thiết Gan		<input type="checkbox"/> Cắt Tử Cung Toàn Phần Ở Bụng/Cắt Bỏ Vòi Trứng Hai Bên (TAH/BSO)					
<input type="checkbox"/> Đặt Máy Tạo Nhịp Tim		<input type="checkbox"/> Cắt Tử Cung Qua Đường Âm Đạo					
<input type="checkbox"/> Cắt Bỏ Ruột Non		<input type="checkbox"/> Khác					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Cắt Bỏ Tuyến Giáp		<input type="checkbox"/> Khác					
<input type="checkbox"/> Phẫu Thuật Cắt Bỏ Amidan		<input type="checkbox"/> Khác					
Duy Trì Sức Khỏe - Đánh dấu nếu quý vị đã thực hiện thăm khám sau và ghi ngày thăm khám gần nhất.							
Thăm Khám	Ngày	Thăm Khám	Ngày				
<input type="checkbox"/> Không Có		<input type="checkbox"/> Khám Phụ Khoa (GYN)					
<input type="checkbox"/> Khám Vú		<input type="checkbox"/> Vắc-xin Cúm					
<input type="checkbox"/> Đo GẮNG SỨC TIM MẠCH		<input type="checkbox"/> Xét Nghiệm Mỡ Máu					
<input type="checkbox"/> Nội Soi Đại Tràng		<input type="checkbox"/> Chụp Quang Tuyến Vú					
<input type="checkbox"/> Đo Mật Độ Xương DEXA		<input type="checkbox"/> Xét Nghiệm Phết Tế Bào Cổ Tử Cung					
<input type="checkbox"/> Siêu Âm Tim		<input type="checkbox"/> Khám Sức Khỏe					
<input type="checkbox"/> Điện Tâm Đồ (EKG)		<input type="checkbox"/> Vắc-xin Phế Cầu Khuẩn					
<input type="checkbox"/> Khám Mắt		<input type="checkbox"/> Khám Chức Năng Hô Hấp					
<input type="checkbox"/> Xét Nghiệm Máu Ẩn Trong Phân (FOBT) (thẻ phân cho máu ẩn)		<input type="checkbox"/> Nội Soi Đại Tràng Sigma					
<input type="checkbox"/> Khám Bàn Chân		<input type="checkbox"/> Vắc-xin Uốn Ván					
Tiền Sử Gia Đình - Đánh dấu nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bất kỳ bệnh trạng nào sau đây.							
<input type="checkbox"/> Được Nhận Nuôi							
Chẩn Đoán	Me	Cha	Anh/Em Trai	Chị/Em Gái	Khác	Khác	Khác
Nghiện Rượu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dị Ứng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hen Suyễn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh về Máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Động Mạch Vành (CAD) [Đau tim]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ung Thư - Loại:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai biến mạch máu não (CVA) [Đột quy]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trầm Cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chậm Phát Triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bệnh Tiểu Đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiền Sử Gia Đình - Đánh dấu nếu bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bất kỳ bệnh trạng nào sau đây.								
Chẩn Đoán	Mẹ	Cha	Anh/Em Trai	Chi/Em Gái	Khác	Khác	Khác	Khác
Bệnh Chàm Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mất Thính Lực	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tăng Mỡ Máu (Cholesterol cao)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tăng Huyết Áp (Cao Huyết Áp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm Ruột Kích Thích	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiếu Năng Trí Tuệ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Tâm Thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Lao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béo Phì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viêm Xương Khớp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loãng Xương	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Động Mạch Ngoại Biên (PVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bệnh Thận Mạn Tính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Những bệnh khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Những bệnh khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lịch Sử Xã Hội đối với Bệnh Nhân Người Lớn								
Nghề Nghiệp				Hãng Sở				
Quý vị có con không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Bao nhiêu con?		Nữ		Nam		
Sử Dụng Thuốc Lá	<input type="checkbox"/> Hàng Ngày <input type="checkbox"/> Hàng Tuần <input type="checkbox"/> Ít Hơn			<input type="checkbox"/> Thuốc Lá Dạng Nhai <input type="checkbox"/> Thuốc Lá Hút Tẩu		<input type="checkbox"/> Thuốc Lá Hút Tẩu		
<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đã Từng Hút/Năm Bỏ:			<input type="checkbox"/> Xi Gà <input type="checkbox"/> Thương Hiệu:		<input type="checkbox"/> Thuốc Lá Không Khói		
Sử Dụng Đồ Uống Có Cồn	<input type="checkbox"/> Hàng Ngày <input type="checkbox"/> Hàng Tuần <input type="checkbox"/> Ít Hơn			<input type="checkbox"/> Bia <input type="checkbox"/> Rượu Vang		<input type="checkbox"/> Rượu Mạnh		
<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đã Từng Uống/Năm Bỏ:			<input type="checkbox"/> Rượu Mạnh		<input type="checkbox"/> Khác:		
Hoạt Động Thể Dục	<input type="checkbox"/> Vừa Phải <input type="checkbox"/> Tích Cực <input type="checkbox"/> Ít Vận Động			Chu Kỳ Giấc Ngủ:				
	Số Ngày/Tuần:			<input type="checkbox"/> Thay Đổi		<input type="checkbox"/> Không Thay Đổi		
Sử Dụng Caffein	<input type="checkbox"/> Hàng Ngày <input type="checkbox"/> Hàng Tuần <input type="checkbox"/> Ít Hơn			<input type="checkbox"/> Sô-cô-la <input type="checkbox"/> Cà Phê		<input type="checkbox"/> Cà Phê		
<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Đã Từng/Năm Bỏ:			<input type="checkbox"/> Nước Ngọt <input type="checkbox"/> Trà		<input type="checkbox"/> Trà		
				<input type="checkbox"/> Viên Uống		<input type="checkbox"/> Khác:		
Đối Với Bệnh Nhân Nhi								
Bệnh Nhân Sinh Sống với:	Chính	<input type="checkbox"/> Mẹ	<input type="checkbox"/> Cha	<input type="checkbox"/> Cả Cha và Mẹ	<input type="checkbox"/> Khác:			
	Phụ	<input type="checkbox"/> Mẹ	<input type="checkbox"/> Cha	<input type="checkbox"/> Khác:				
Nghề Nghiệp của Mẹ				Nghề Nghiệp của Cha				
Mối Quan Hệ của Cha Mẹ				Chăm Sóc Trẻ Em				
<input type="checkbox"/> Kết Hôn		<input type="checkbox"/> Độc Thân		<input type="checkbox"/> Mẹ		<input type="checkbox"/> Ông Bà		
<input type="checkbox"/> Ly Hôn		<input type="checkbox"/> Ly Thân		<input type="checkbox"/> Cha		<input type="checkbox"/> Bảo Mẫu		
<input type="checkbox"/> Goá Bụa				<input type="checkbox"/> Anh Chị Em Ruột		<input type="checkbox"/> Nhà Trẻ		
Tiếp Xúc với Thuốc Lá: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				Bệnh nhân hiện có hút thuốc lá? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Người hút thuốc lá ở nhà: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không								

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC BIỂU MẪU
Thông Báo Chung về Biện Pháp Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư

Tên và chữ ký của quý vị trên biểu mẫu này cho biết quý vị đã nhận được một bản sao của **Thông Báo Chung về Biện Pháp Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư** của MemorialCare vào ngày và giờ được ghi bên dưới.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến thông tin có trong **Thông Báo Chung về Biện Pháp Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của MemorialCare**, vui lòng liên hệ với Giám Đốc Phụ Trách Tuân Thủ của MemorialCare theo số (714) 377-3218.

Tên Viết In Hoa: _____

Chữ Ký: _____

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Ngày Nhận: _____ Giờ Nhận: _____

PHẦN DÀNH CHO CƠ SỞ SỬ DỤNG:

Chúng tôi đã cố gắng để có được văn bản xác nhận về việc bệnh nhân đã nhận được **Thông Báo Chung về Biện Pháp Thực Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư** của chúng tôi, nhưng chúng tôi đã không thể có được xác nhận của bệnh nhân vì lý do sau đây:

- Cá Nhân Từ Chối Ký Tên
- Tình Trạng Cấp Cứu Cản Trở Việc Ký Tên
- Bệnh Nhân Đã Yêu Cầu Người Có Tên Bên Trên Ký thay cho Bệnh Nhân
- Khác (vui lòng nêu rõ) _____

Chữ Ký của Người Đại Diện Đăng Ký: _____ Ngày _____

XÁC NHẬN ĐÃ NHẬN ĐƯỢC BIỂU MẪU
Thông Báo Chung về Biện Pháp Thực
Hành Bảo Vệ Quyền Riêng Tư

Chuyển Giao Quyền Lợi Bảo Hiểm/Chứng Nhận Đủ Điều Kiện MRN _____

Chương Trình Bảo Hiểm Chính		
Tên Bệnh Nhân	Ngày Sinh	
Chương Trình Bảo Hiểm	Số Nhóm	Số Hợp Đồng
Địa Chỉ của Hãng Bảo Hiểm	Số Điện Thoại	
Tên Người Đăng Ký	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	
Chứng Nhận/Số An Sinh Xã Hội của Người Đăng Ký	Ngày Sinh của Người Đăng Ký	
Hãng Sở của Người Đăng Ký	Số Điện Thoại của Hãng Sở	
Địa Chỉ của Hãng Sở		

Chỉ Dành Cho Bệnh Nhân Medicare		
Số Yêu Cầu Thanh Toán Bảo Hiểm Y Tế	Ngày Hiệu Lực của Phần A	Ngày Hiệu Lực của Phần B

Phạm Vi Bảo Hiểm Khác dành cho Bệnh Nhân		
Tên Bệnh Nhân	Ngày Sinh	
Chương Trình Bảo Hiểm	Số Nhóm	Số Hợp Đồng
Địa Chỉ của Hãng Bảo Hiểm	Số Điện Thoại	
Tên Người Đăng Ký	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	
Chứng Nhận/Số An Sinh Xã Hội của Người Đăng Ký	Ngày Sinh của Người Đăng Ký	
Hãng Sở của Người Đăng Ký	Số Điện Thoại của Hãng Sở	
Địa Chỉ của Hãng Sở		

<input type="checkbox"/> Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho phép và yêu cầu chi trả trực tiếp khoản thanh toán các quyền lợi của Medicare/hãng bảo hiểm khác được ủy quyền được thực hiện thay mặt tôi, cho MemorialCare Medical Foundation cho mọi dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật mà các nhóm y tế trực thuộc của tổ chức đã cung cấp cho tôi hoặc một thành viên trong gia đình tôi. Tôi ủy quyền cho phép bất kỳ người nào nắm giữ thông tin y tế hoặc thông tin khác về tôi tiết lộ cho Sở An Sinh Xã Hội (Social Security Administration), Cơ Quan Quản Lý Tài Chính Chăm Sóc Sức Khỏe (Health Care Financing Administration), các đại lý hoặc nhà cung cấp dịch vụ của họ, hoặc hãng bảo hiểm mọi thông tin cần thiết cho việc chuyển giao này hoặc yêu cầu thanh toán bảo hiểm Medicare/bảo hiểm khác có liên quan để xác định các quyền lợi này hoặc quyền lợi phải trả cho các dịch vụ liên quan. Tôi hiểu rằng tôi bắt buộc phải thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bất kỳ bên nào khác có thể chịu trách nhiệm thanh toán cho việc điều trị của tôi.	<input type="checkbox"/> Tôi hiểu rằng tôi hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi thông qua hợp đồng bảo hiểm HMO của mình. Tôi hiểu rằng Hiệp Hội Bác Sĩ Độc Lập (Independent Physician Association, IPA)/Nhóm Y Tế được chỉ định của tôi được chọn đại diện cho các quyền lợi của tôi là nhóm y tế trực thuộc MemorialCare Medical Foundation có tên bên trên. Tôi biết rằng nếu thông tin trên không đúng sự thật, tôi (hoặc người chịu trách nhiệm chi trả tài chính cho tôi) phải chịu trách nhiệm về mọi khoản phí liên quan đến các dịch vụ được cung cấp cho tôi. Tôi đồng ý rằng nếu thông tin trên không đúng sự thật, thì tôi (hoặc người chịu trách nhiệm chi trả tài chính cho tôi), sẽ thanh toán đầy đủ tất cả các khoản phí đó.
---	--

_____ Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm	_____ Ngày
_____ Tên của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm (vui lòng viết in hoa)	_____ Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Thỏa Thuận về Trách Nhiệm Tài Chính

Cảm ơn quý vị đã chọn chúng tôi làm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ và chăm sóc có chất lượng cho tất cả các bệnh nhân của mình. Sau đây là tuyên bố về chính sách tài chính của chúng tôi. Chúng tôi yêu cầu quý vị đọc và đồng ý với chính sách này trước khi tiến hành bất kỳ biện pháp điều trị nào.

- Vui lòng hiểu rằng việc thanh toán hóa đơn của quý vị được xem là một phần trong quá trình điều trị của quý vị. Các khoản phí phải trả khi dịch vụ được cung cấp. Chúng tôi chấp nhận tiền mặt, séc, thẻ tín dụng và bảo hiểm được phê duyệt trước mà chúng tôi là nhà cung cấp có hợp đồng và là Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính (Primary Care Provider, PCP) được chỉ định, nếu thích hợp.
- Quý vị có trách nhiệm nắm rõ các quyền lợi bảo hiểm của mình, gồm cả việc chúng tôi có phải là nhà cung cấp theo hợp đồng với hãng bảo hiểm của quý vị hay không, các quyền lợi được đài thọ của quý vị và mọi trường hợp loại trừ trong hợp đồng bảo hiểm của quý vị, cũng như bất kỳ yêu cầu nào về sự cho phép trước của hãng bảo hiểm của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cố gắng xác nhận phạm vi bảo hiểm của quý vị trước khi điều trị. Quý vị có trách nhiệm cung cấp thông tin bảo hiểm hiện tại và chính xác, bao gồm cả các cập nhật hoặc thay đổi về phạm vi bảo hiểm. Nếu quý vị không cung cấp thông tin này, thì quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tài chính.
- Nếu chúng tôi có hợp đồng với hãng bảo hiểm của quý vị, thì chúng tôi sẽ gửi hóa đơn cho hãng bảo hiểm của quý vị trước, trừ đi (các) khoản đồng thanh toán hoặc (các) khoản khấu trừ, sau đó gửi hóa đơn cho quý vị về bất kỳ số tiền nào được xác định là trách nhiệm chi trả của quý vị. Quy trình này thường mất 45-60 ngày kể từ khi hãng bảo hiểm nhận được yêu cầu thanh toán.
- Nếu chúng tôi không ký hợp đồng với hãng bảo hiểm của quý vị, thì quý vị sẽ phải thanh toán cho tất cả các dịch vụ được cung cấp vào cuối buổi thăm khám của quý vị. Chúng tôi sẽ cung cấp cho quý vị một bản sao kê mà quý vị có thể gửi cho hãng bảo hiểm của mình để yêu cầu bồi hoàn.
- Bằng chứng thanh toán và ID có ảnh là bắt buộc đối với tất cả các bệnh nhân. Chúng tôi sẽ đề nghị sao chụp ID và thẻ bảo hiểm của quý vị để lưu hồ sơ của chúng tôi. Việc cung cấp một bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị không xác nhận rằng bảo hiểm của quý vị có hiệu lực hoặc các dịch vụ được cung cấp sẽ được hãng bảo hiểm của quý vị đài thọ.
- Vui lòng hiểu rằng một số khoản bảo hiểm có quyền lợi Ngoài Mạng Lưới có phí đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán cao hơn và quyền lợi hàng năm hạn chế. Nếu quý vị nhận các dịch vụ thuộc quyền lợi Ngoài Mạng Lưới, thì phần trách nhiệm tài chính của quý vị có thể cao hơn mức phí Trong Mạng Lưới.
- Thương tật/bệnh tật theo đạo luật Bồi Thường Tai Nạn Lao Động (Workman's Compensation) yêu cầu phải có sự cho phép điều trị từ hãng sở của quý vị. Nếu hãng sở của quý vị không cho phép, thì chúng tôi sẽ làm việc với hãng bảo hiểm y tế của quý vị để nhận bồi hoàn như được nêu dưới đây. Hãng bảo hiểm của quý vị có thể không đài thọ cho việc điều trị nếu họ cho rằng nguyên nhân gây ra thương tích/bệnh tật có liên quan đến bồi thường tai nạn lao động. Quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm thanh toán tài chính.

Tôi đã đọc các chính sách tài chính ở trên và chữ ký của tôi dưới đây xác nhận rằng tôi hiểu rõ trách nhiệm tài chính của mình. Tôi hiểu rằng nếu hãng bảo hiểm của tôi từ chối đài thọ và/hoặc thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp cho tôi, thì tôi sẽ chịu trách nhiệm tài chính và sẽ thanh toán đầy đủ tất cả các khoản phí đó.

Chữ Ký của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm

Ngày

Tên của Bệnh Nhân/Bên Chịu Trách Nhiệm
(vui lòng viết in hoa)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân



Xác Nhận Đã Nhận Được

Chỉ dành cho mục đích cung cấp thông tin, phần này có đường liên kết đến trang web Thanh Toán Mở của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) liên bang. Đạo Luật Sunshine Khoản Thanh Toán Cho Bác Sĩ (Physician Payments Sunshine Act) liên bang quy định phải công khai cho công chúng các chi tiết về khoản thanh toán và các khoản thanh toán khác có giá trị trên mười đô la (\$10) từ các nhà sản xuất thuốc, thiết bị y tế và sản phẩm sinh học cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Cơ sở dữ liệu Thanh Toán Mở là một công cụ liên bang được sử dụng để tìm kiếm các khoản thanh toán mà các công ty dược phẩm và thiết bị chi trả cho các bác sĩ và bệnh viện giảng dạy. Có thể tìm công cụ trực tuyến tại openpaymentsdata.cms.gov

Tên và chữ ký của quý vị trên mẫu đơn này cho biết quý vị đã được thông báo về công cụ Tìm Kiếm Thanh Toán Mở của Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS). Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến chương trình Thanh Toán Mở, hãy gửi email đến Bộ Phận Trợ Giúp tại openpayments@cms.hhs.gov. Để được hỗ trợ trực tiếp, hãy gọi đến Bộ Phận Trợ Giúp theo số 1-855-326-8366.

Tên Viết In Hoa: _____

Chữ Ký: _____

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Ngày Nhận: _____ Giờ Nhận: _____



MemorialCare

THÔNG BÁO CHUNG VỀ BIỆN PHÁP THỰC HÀNH BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

THÔNG BÁO NÀY MÔ TẢ CÁCH THỨC THÔNG TIN Y TẾ VỀ QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯỢC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ, CŨNG NHƯ CÁCH THỨC QUÝ VỊ CÓ THỂ TIẾP CẬN THÔNG TIN NÀY.

VUI LÒNG XEM XÉT KỸ THÔNG BÁO.

Ai Sẽ Thực Hiện Theo Thông Báo Này

MemorialCare (“**MemorialCare**” hoặc “**chúng tôi**”), thông qua các bệnh viện và cơ sở trực thuộc (“**Cơ Sở MemorialCare**”) cũng như nhân viên và người làm việc của mỗi Cơ Sở MemorialCare, cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân, cùng với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và các tổ chức khác. Thông Báo này áp dụng cho những người và tổ chức sau đây, những người đã đồng ý chịu sự ràng buộc của Thông Báo này:

- Mỗi Cơ Sở MemorialCare, cũng như tất cả nhân viên, người làm việc và nhân sự khác của MemorialCare, những người có thể cần tiếp cận thông tin của quý vị để thực hiện các chức năng công việc của họ.
- Các thành viên của đội ngũ nhân viên y tế của mỗi Cơ Sở MemorialCare, cũng như các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại Cơ Sở MemorialCare.
- Bất kỳ thành viên nào của nhóm tình nguyện mà chúng tôi cho phép trợ giúp quý vị trong khi quý vị đang nhận chăm sóc.

Thông Báo này áp dụng cho tất cả các hồ sơ liên quan đến dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho quý vị tại một Cơ Sở MemorialCare và do Cơ Sở MemorialCare thích hợp tạo ra, cho dù do nhân viên của MemorialCare hay nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân của quý vị tạo ra. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cá nhân của quý vị có thể có các chính sách hoặc thông báo khác liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị được tạo hoặc lưu giữ tại văn phòng hoặc phòng khám của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó. Quý vị nên xem xét thông báo của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình để biết thông tin về cách thức nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị xử lý thông tin y tế của quý vị bên ngoài Cơ Sở MemorialCare.

Cam Kết Của Chúng Tôi về Thông Tin Y Tế

Chúng tôi hiểu rằng thông tin y tế về quý vị và sức khỏe của quý vị là thông tin cá nhân. Việc bảo vệ thông tin y tế về quý vị là rất quan trọng. Chúng tôi lập hồ sơ về hoạt động chăm sóc và các dịch vụ mà quý vị nhận khi được chúng tôi chăm sóc. Chúng tôi cần hồ sơ này để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc chất lượng và tuân thủ các yêu cầu quy định nhất định. Thông Báo này sẽ cho quý vị biết về những cách mà chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị. Thông Báo này cũng mô tả các quyền của quý vị và một số nghĩa vụ nhất định của chúng tôi liên quan đến việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Theo luật, chúng tôi phải:

- Lưu giữ thông tin y tế nhận dạng quý vị ở chế độ riêng tư;
- Cung cấp cho quý vị Thông Báo này về các nghĩa vụ pháp lý và biện pháp thực hành bảo vệ quyền riêng tư của chúng tôi liên quan đến thông tin y tế về quý vị; và
- Thực hiện theo các điều khoản của Thông Báo hiện đang có hiệu lực.

Cách Chúng Tôi Có Thể Sử Dụng Và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Về Quý Vị

Các danh mục sau đây mô tả những cách khác nhau mà chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế. Đối với mỗi danh mục sử dụng hoặc tiết lộ, chúng tôi sẽ giải thích ý nghĩa của mỗi danh mục và cố gắng đưa ra một số ví dụ. Một danh mục sẽ không liệt kê được hết mọi trường hợp sử dụng hoặc tiết lộ. Tuy nhiên, tất cả các cách chúng tôi được phép sử dụng và tiết lộ thông tin sẽ thuộc một trong những danh mục này.

Điều Trị. Chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế về quý vị để cung cấp dịch vụ hoặc điều trị y tế cho quý vị. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có liên quan đến việc chăm sóc quý vị. Ví dụ: một bác sĩ điều trị tình trạng gãy chân của quý vị có thể cần biết liệu quý vị có bị bệnh tiểu đường hay không vì bệnh tiểu đường có thể làm chậm quá trình lành vết thương. Ngoài ra, bác sĩ có thể cần cho chuyên gia dinh dưỡng biết nếu quý vị bị bệnh tiểu đường để chúng tôi sắp xếp các bữa ăn phù hợp. Các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác nhau trong phạm vi một Cơ Sở MemorialCare cũng có thể chia sẻ thông tin y tế về quý vị để điều phối những thứ khác nhau mà quý vị cần, chẳng hạn như toa thuốc, xét nghiệm trong phòng thí nghiệm và chụp X-quang. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị ngoài Cơ Sở MemorialCare đã điều trị cho quý vị cho những người có thể tham gia chăm sóc y tế cho quý vị sau khi quý vị rời Cơ Sở MemorialCare.

Thanh Toán. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị để có thể lập hóa đơn và thu khoản thanh toán cho việc điều trị và các dịch vụ mà quý vị nhận được từ quý vị, hãng bảo hiểm hoặc bên thứ ba. Ví dụ: chúng tôi có thể cần cung cấp cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị thông tin về ca phẫu thuật mà quý vị đã nhận được tại Cơ sở MemorialCare để chương trình bảo hiểm y tế của quý vị thanh toán cho chúng tôi hoặc bồi hoàn cho quý vị chi phí phẫu thuật. Chúng tôi cũng có thể thông báo cho chương trình bảo hiểm y tế của quý vị về một biện pháp điều trị mà quý vị sẽ nhận để có được sự phê duyệt trước hoặc để xác định xem bảo hiểm của quý vị có đài thọ cho biện pháp điều trị đó hay không.

Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe của chúng tôi. Việc sử dụng và tiết lộ này là cần thiết để đảm bảo rằng tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều nhận được dịch vụ chăm sóc có chất lượng và để vận hành từng Cơ Sở MemorialCare. Ví dụ: chúng tôi có thể sử dụng thông tin y tế để đánh giá hoạt động điều trị và các dịch vụ của chúng tôi cũng như để đánh giá kết quả làm việc của nhân viên của chúng tôi trong việc chăm sóc cho quý vị. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin cho bác sĩ, y tá, kỹ thuật viên, sinh viên y khoa và các nhân viên khác phục vụ cho mục đích rà soát và học tập. Chúng tôi cũng có thể kết hợp thông tin y tế mà chúng tôi có với thông tin y tế từ các cơ sở khác để so sánh cách chúng tôi đang làm và xem chúng tôi có thể cải thiện ở đâu trong các hoạt động chăm sóc và các dịch vụ mà chúng tôi cung cấp. Chúng tôi có thể xóa thông tin nhận dạng quý vị khỏi bộ thông tin y tế này để những người khác có thể sử dụng bộ tài liệu này cho mục đích nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà không cần biết danh tính của các bệnh nhân cụ thể. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế của quý vị cho một chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác mà quý vị đã thăm khám để họ có thể cải thiện chất lượng hoặc chi phí chăm sóc.

Trao Đổi Thông Tin Y Tế (Health Information Exchange, HIE). MemorialCare có thể cung cấp thông tin y tế cá nhân của quý vị cho hệ thống Trao Đổi Thông Tin Y Tế (“HIE”) tại địa phương, khu vực và/hoặc quốc gia, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở Mạng Lưới Thông Tin Sức Khỏe Quốc Gia (National Health Information Network, “NHIN”). HIE là một sáng kiến do chính phủ tiểu bang và/hoặc liên bang tài trợ, cung cấp cơ chế cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong cộng đồng của chúng ta chia sẻ thông tin điện tử. Tất cả mọi chia sẻ đều có mục tiêu chung là cải thiện chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân đồng thời bảo vệ quyền riêng tư và bảo mật thông tin y tế của quý vị. Ví dụ: nếu quý vị được điều trị tại khoa cấp cứu của một bệnh viện MemorialCare vào cuối tuần và quý vị sẽ tái khám với bác sĩ thường xuyên của mình tại phòng khám của bác sĩ vào tuần tới, thì bác sĩ đó sẽ có thể truy cập và xem xét hồ sơ tại khoa cấp cứu của quý vị trong suốt buổi thăm khám tại phòng khám của quý vị. Loại truy cập này cung cấp cho bác sĩ của quý vị thông tin mới nhất về việc chăm sóc và điều trị của quý vị.

MemorialCare sẽ chỉ chuyển thông tin y tế của quý vị đến HIE cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc theo quy định của pháp luật. Thông tin sức khỏe cá nhân mà luật pháp hiện hành yêu cầu phải có thêm giấy ủy quyền cho phép tiết lộ có chữ ký **SẼ KHÔNG** được chuyển đến HIE khi không có sự chấp thuận của quý vị, hoặc theo quy định bắt buộc khác của pháp luật hoặc yêu cầu quy định.

Hệ Thống Đăng Ký Chủng Ngừa California. MemorialCare có thể chia sẻ hồ sơ chủng ngừa hoặc xét nghiệm sàng lọc bệnh lao (TB) của quý vị với Hệ Thống Đăng Ký Chủng Ngừa California (California Immunization Registry, CAIR), một cơ sở dữ liệu toàn tiểu bang, an toàn và bảo mật về thông tin chủng ngừa của bệnh nhân. CAIR được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, cơ quan và trường học sử dụng để theo dõi tất cả các mũi chủng ngừa và xét nghiệm TB mà quý vị thực hiện, đồng thời có thể cung cấp bằng chứng về các mũi chủng ngừa cần thiết để bắt đầu đi nhà trẻ, đi học hoặc tìm việc làm mới. Nếu quý vị không muốn chia sẻ hồ sơ chủng ngừa hoặc bệnh lao của mình với những người dùng khác trong hệ thống đăng ký, vui lòng gửi fax hoặc email "Mẫu Đơn Từ Chối hoặc Bắt Đầu Chia Sẻ/Yêu Cầu Thông Tin Chủng Ngừa" có trên trang web của CAIR tại <http://cairweb.org/cair-forms/> hoặc gọi đến Bộ Phận Trợ Giúp của CAIR theo số 1-888-436-8320 hoặc CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Nhắc Nhở về Cuộc Hẹn. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế để liên hệ với quý vị khi cần nhắc quý vị về một cuộc hẹn điều trị hoặc chăm sóc y tế tại một Cơ Sở MemorialCare.

Các Chọn Lựa Điều Trị Thay Thế. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế để cho quý vị biết hoặc đề xuất các chọn lựa điều trị khả thi hoặc các chọn lựa điều trị thay thế mà quý vị có thể quan tâm.

Các Lợi Ích và Dịch Vụ Liên Quan Đến Sức Khỏe. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế để cho quý vị biết về các lợi ích hoặc dịch vụ liên quan đến sức khỏe mà quý vị có thể quan tâm.

Danh Mục Của Cơ Sở. Chúng tôi có thể bao gồm một số thông tin hạn chế về quý vị trong danh mục của cơ sở bệnh viện MemorialCare khi quý vị là bệnh nhân tại bệnh viện đó. Thông tin này có thể bao gồm tên, khoa phòng trong bệnh viện và tình trạng chung của quý vị (ví dụ: bình thường, tốt, v.v.). Trừ khi quý vị có văn bản yêu cầu cụ thể không làm như vậy, thì thông tin trong danh mục này cũng có thể được tiết lộ cho những người hỏi về quý vị bằng tên của quý vị. Thông tin này được tiết lộ để gia đình và bạn bè của quý vị có thể đến thăm quý vị trong bệnh viện và biết được tình trạng chung của quý vị. Nếu quý vị muốn "không tham gia" danh mục của cơ sở, vui lòng liên hệ với phòng tiếp nhận tại bệnh viện MemorialCare nơi quý vị đang được điều trị và yêu cầu không đưa thông tin của quý vị vào danh mục của cơ sở.

Những Người Tham Gia vào Quá Trình Chăm Sóc Quý Vị hoặc Thanh Toán cho Dịch Vụ Chăm Sóc của Quý Vị; Các Nỗ Lực Cứu Trợ Thiên Tai. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho bạn bè hoặc thành viên gia đình có liên quan đến quá trình chăm sóc y tế của quý vị. Chúng tôi cũng có thể cung cấp thông tin cho người giúp thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Trừ khi quý vị có văn bản yêu cầu cụ thể không làm như vậy, chúng tôi cũng có thể thông báo cho gia đình hoặc bạn bè của quý vị về tình trạng của quý vị. Ngoài ra, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho một tổ chức đang hỗ trợ trong nỗ lực cứu trợ thiên tai để thông báo cho gia đình quý vị về điều kiện, tình trạng và vị trí của quý vị.

Nghiên Cứu. Trong một số trường hợp nhất định, chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các mục đích nghiên cứu. Ví dụ: một dự án nghiên cứu có thể so sánh tình trạng sức khỏe và sự phục hồi của tất cả bệnh nhân đã dùng một loại thuốc so với những người đã dùng một loại thuốc khác cho cùng một tình trạng bệnh lý. Tuy nhiên, tất cả các dự án nghiên cứu đều phải tuân theo quy trình phê duyệt đặc biệt. Quy trình này đánh giá một dự án nghiên cứu được đề xuất và việc sử dụng thông tin y tế của dự án, trong khi cố gắng cân bằng nhu cầu về quyền riêng tư đối với thông tin y tế của nghiên cứu và của bệnh nhân. Trước khi chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế cho nghiên cứu, dự án sẽ được phê duyệt thông qua quy trình phê duyệt nghiên cứu này. Nhưng chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho những người chuẩn bị thực hiện dự án nghiên cứu, ví dụ: để giúp họ tìm kiếm những bệnh nhân có các nhu cầu y tế cụ thể, miễn là thông tin y tế mà họ xem xét không được mang ra khỏi cơ sở của chúng tôi. Chúng tôi gần như sẽ luôn yêu cầu sự cho phép cụ thể của quý vị nếu nhà nghiên cứu sẽ có quyền truy cập vào tên, địa chỉ của quý vị hoặc thông tin khác tiết lộ quý vị là ai hoặc sẽ tham gia vào quá trình chăm sóc quý vị tại Cơ Sở MemorialCare.

Đối Tác Kinh Doanh. Một số dịch vụ được cung cấp cho tổ chức của chúng tôi thông qua hợp đồng với một tổ chức bên ngoài, còn được gọi là đối tác kinh doanh. Các ví dụ bao gồm dịch vụ lập hóa đơn để gửi yêu cầu thanh toán của quý vị cho hãng bảo hiểm, dịch vụ giải băng để chép lại các báo cáo được đọc từ các chuyên gia y tế chăm sóc cho quý vị trong bệnh viện và dịch vụ sao chép để tạo bản sao hồ sơ sức khỏe của quý vị. Khi các dịch vụ này được một đối tác kinh doanh thực hiện, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin của quý vị cho các đối tác kinh doanh của chúng tôi để họ có thể thực hiện công việc mà chúng tôi đã yêu cầu họ thực hiện.

Theo Quy Định của Pháp Luật. Chúng tôi sẽ tiết lộ thông tin y tế về quý vị khi luật pháp liên bang, tiểu bang hoặc địa phương quy định làm như vậy.

Ngăn Chặn Mỗi Đe Dọa Nghiêm Trọng Đối Với Sức Khỏe hoặc Sự An Toàn. Chúng tôi có thể sử dụng và tiết lộ thông tin y tế về quý vị khi cần thiết để ngăn chặn mỗi đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của cộng đồng hoặc một người khác. Tuy nhiên, mọi thông tin sẽ chỉ được tiết lộ cho người có thể giúp ngăn chặn mỗi đe dọa.

Tiếp Thị và Bán Hàng. Hầu hết các trường hợp sử dụng và tiết lộ thông tin y tế cho mục đích tiếp thị, và các trường hợp tiết lộ cấu thành hành vi bán thông tin y tế đều cần phải có sự cho phép của quý vị.

Hoạt Động Gây Quỹ. Chúng tôi có thể sử dụng một số thông tin nhất định về quý vị (bao gồm cả thông tin nhân khẩu học và ngày quý vị đã nhận dịch vụ) để liên lạc với quý vị trong tương lai nhằm nỗ lực gây quỹ cho một Cơ Sở MemorialCare. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin tương tự này cho các quỹ từ thiện trực thuộc MemorialCare của chúng tôi với mục đích tương tự. Số tiền quyên góp được sẽ được sử dụng để mở rộng và cải thiện các dịch vụ và chương trình mà chúng tôi cung cấp cho cộng đồng. Nếu quý vị không muốn được liên lạc về các nỗ lực gây quỹ của chúng tôi, thì quý vị phải thông báo cho giám đốc hoặc người quản lý quỹ tại Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Thông báo có thể được thực hiện bằng văn bản, bao gồm email, qua điện thoại hoặc gặp trực tiếp.

Các Tình Huống Đặc Biệt

Hiến Tặng Nội Tạng và Mô. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế cho các tổ chức giải quyết việc thu mua nội tạng hoặc cấy ghép nội tạng, mắt hoặc mô hoặc cho ngân hàng hiến tặng nội tạng, khi cần thiết, để tạo điều kiện thuận lợi cho việc hiến tặng và cấy ghép nội tạng hoặc mô.

Quân Đội và Cựu Chiến Binh. Nếu quý vị là thành viên của lực lượng vũ trang, thì chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị theo yêu cầu của các cơ quan chỉ huy quân sự. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế về quân nhân nước ngoài cho quân đội nước ngoài thích hợp.

Bồi Thường cho Người Lao Động. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các chương trình Bồi Thường cho Người Lao Động hoặc các chương trình tương tự. Các chương trình này cung cấp quyền lợi cho các thương tích hoặc bệnh tật liên quan đến công việc.

Hoạt Động Giám Sát Sức Khỏe. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế cho cơ quan giám sát sức khỏe đối với các hoạt động được pháp luật cho phép. Ví dụ về các hoạt động giám sát này gồm có kiểm toán, điều tra, thanh tra và cấp giấy phép. Những hoạt động này là cần thiết để chính phủ giám sát hệ thống chăm sóc sức khỏe, các chương trình của chính phủ và đảm bảo tuân thủ luật dân quyền.

Kiện Tụng và Tranh Chấp. Nếu quý vị có liên quan đến một vụ kiện tụng hoặc tranh chấp, thì chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị theo lệnh của tòa án hoặc lệnh hành chính. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị để phản hồi trát đòi hầu tòa, yêu cầu điều tra hoặc quy trình pháp lý khác của người khác có liên quan đến tranh chấp, nhưng chỉ khi đã có những nỗ lực để thông báo cho quý vị biết về yêu cầu đó (có thể bao gồm văn bản thông báo cho quý vị) hoặc để có được lệnh bảo vệ thông tin được yêu cầu.

Nguy Cơ Sức Khỏe Công Cộng. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các hoạt động y tế công cộng. Những hoạt động này thường bao gồm những nội dung sau:

- báo cáo các phản ứng của thuốc hoặc các vấn đề với sản phẩm;
- thông báo cho mọi người về việc thu hồi các sản phẩm mà họ có thể đang sử dụng;
- thông báo cho một người có thể đã tiếp xúc với một loại bệnh hoặc có nguy cơ mắc hoặc lây lan một loại bệnh hoặc tình trạng bệnh;
- thông báo cho cơ quan chính phủ thích hợp nếu chúng tôi tin rằng một bệnh nhân là nạn nhân của hành vi lạm dụng, bỏ bê hoặc bạo lực gia đình. Chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ thông tin này nếu quý vị đồng ý hoặc khi luật pháp yêu cầu hoặc cho phép;
- ngăn ngừa hoặc kiểm soát bệnh tật, thương tích hoặc khuyết tật;
- báo cáo các ca sinh và tử;

- báo cáo việc lạm dụng hoặc bỏ bê trẻ em, người lớn tuổi và người lớn phụ thuộc;
- thông báo cho nhân viên ứng phó khẩn cấp về khả năng phơi nhiễm HIV/AIDS, trong phạm vi cần thiết để tuân thủ luật pháp tiểu bang và liên bang.

Thực Thi Pháp Luật. Nếu luật pháp hiện hành cho phép, chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế nếu được một viên chức thực thi pháp luật yêu cầu làm như vậy:

- để phản hồi lệnh của tòa án, trát đòi hầu tòa, trát đảm bảo, giấy triệu tập hoặc quy trình tương tự;
- để xác định hoặc định vị nghi phạm, kẻ chạy trốn, nhân chứng quan trọng hoặc người mất tích;
- về nạn nhân của tội phạm nếu trong một số trường hợp hạn chế nhất định, chúng tôi không thể có được sự đồng ý của người đó;
- về một ca tử vong mà chúng tôi tin rằng có thể là kết quả của hành vi phạm tội;
- về hành xử phạm tội tại bệnh viện; và
- để báo cáo tội phạm, vị trí của tội phạm hoặc nạn nhân; hoặc danh tính, mô tả hay vị trí của người đã thực hiện hành vi phạm tội trong trường hợp khẩn cấp.

Nhân Viên Điều Tra, Giám Định Viên Y Tế và Giám Đốc Tang Lễ. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế cho nhân viên điều tra hoặc giám định viên y tế. Điều này có thể cần thiết để xác định một người đã tử vong hoặc xác định nguyên nhân tử vong. Chúng tôi cũng có thể tiết lộ thông tin y tế về bệnh nhân cho giám đốc tang lễ khi cần thiết để thực hiện nhiệm vụ của họ.

Dịch Vụ Bảo Vệ Tổng Thống, An Ninh Quốc Gia và Hoạt Động Tình Báo. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho các viên chức liên bang được trao quyền để họ có thể bảo vệ Tổng Thống, những người được trao quyền khác hoặc nguyên thủ quốc gia nước ngoài hoặc tiến hành các cuộc điều tra đặc biệt, hoặc cho các hoạt động tình báo, phản gián và an ninh quốc gia khác được pháp luật cho phép.

Tù Nhân. Nếu quý vị là tù nhân của một cơ sở cải huấn hoặc dưới sự giám sát của một viên chức thực thi pháp luật, thì chúng tôi có thể tiết lộ thông tin y tế về quý vị cho cơ sở cải huấn hoặc viên chức thực thi pháp luật, nếu việc tiết lộ là cần thiết (1) để cơ sở đó cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc sức khỏe; (2) để bảo vệ sức khỏe và sự an toàn của quý vị hoặc sức khỏe và sự an toàn của những người khác; hoặc (3) vì sự an toàn và an ninh của cơ sở cải huấn.

Nhóm Nhân Viên Đa Ngành. Chúng tôi có thể tiết lộ thông tin sức khỏe cho một nhóm nhân viên đa ngành có liên quan đến việc ngăn ngừa, xác định, quản lý hoặc điều trị cho một trẻ bị lạm dụng và cha mẹ của trẻ, hoặc hành vi lạm dụng và bỏ bê người cao tuổi.

Lưu Ý về Các Hạn Chế Khác. Vui lòng lưu ý rằng một số luật liên bang hoặc tiểu bang nhất định có thể có những yêu cầu nghiêm ngặt hơn về cách chúng tôi sử dụng và tiết lộ thông tin y tế của quý vị. Nếu có những yêu cầu nghiêm ngặt hơn, ngay cả đối với các mục đích được liệt kê ở trên, thì chúng tôi sẽ không tiết lộ thông tin y tế của quý vị khi không có văn bản cho phép của quý vị, hoặc khi được các luật đó cho phép hoặc quy định. Ví dụ: chúng tôi sẽ không tiết lộ kết quả xét nghiệm HIV của quý vị khi không được quý vị cho phép bằng văn bản, trừ khi theo quy định của luật pháp tiểu bang. Luật pháp cũng có thể hạn chế chúng tôi thu nhận văn bản cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị liên quan đến việc điều trị một số bệnh như bệnh tâm thần hoặc lạm dụng đồ uống có cồn hoặc chất gây nghiện.

Các Quyền của Quý Vị Liên Quan Đến Thông Tin Y Tế Về Quý Vị

Quý vị có các quyền sau đây đối với thông tin y tế mà chúng tôi lưu giữ về quý vị:

Quyền Kiểm Tra và Sao Chép. Quý vị có quyền kiểm tra và sao chép thông tin mà chúng tôi có về quý vị. Thông tin này có thể được sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị và việc chăm sóc của quý vị, bao gồm cả hồ sơ y tế và hóa đơn của quý vị. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu kiểm tra và sao chép của quý vị trong một số trường hợp rất hạn chế. Để kiểm tra và sao chép thông tin có thể được sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị, quý vị phải gửi văn bản yêu cầu đến Phòng Hồ Sơ Y Tế tại Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị yêu cầu một bản sao của thông tin, thì chúng tôi có thể tính phí sao chép, gửi thư hoặc các vật dụng khác liên quan đến yêu cầu của quý vị.

Quyền Chỉnh Sửa. Nếu quý vị cảm thấy thông tin chúng tôi có về quý vị là không chính xác hoặc không đầy đủ, thì quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa thông tin đó. Quý vị có quyền yêu cầu chỉnh sửa miễn là thông tin được lưu giữ bởi hoặc dành cho Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Để yêu cầu chỉnh sửa, yêu cầu của quý vị phải được lập thành văn bản và gửi đến phòng hồ sơ y tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Ngoài ra, quý vị phải cung cấp lý do hỗ trợ cho yêu cầu của mình. Chúng tôi có thể từ chối yêu cầu chỉnh sửa của quý vị nếu yêu cầu đó không phải bằng văn bản hoặc không bao gồm lý do để hỗ trợ yêu cầu. Ngoài ra, chúng tôi có thể từ chối yêu cầu của quý vị nếu quý vị yêu cầu chúng tôi chỉnh sửa thông tin:

- không phải do chúng tôi tạo ra, trừ khi cá nhân hoặc tổ chức tạo ra thông tin không có sẵn để thực hiện chỉnh sửa;
- không phải là một phần trong thông tin y tế được lưu giữ bởi hoặc dành cho Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị;
- không phải là một phần trong thông tin mà quý vị được phép kiểm tra và sao chép; hoặc
- là thông tin chính xác và hoàn chỉnh.

Quý vị cũng có thể có quyền yêu cầu chúng tôi thêm phần phụ lục vào hồ sơ của quý vị. Phần phụ lục này có thể dài tới đa 250 từ cho mỗi mục mà quý vị cho là không chính xác hoặc không hoàn chỉnh. Vui lòng gửi yêu cầu thêm phụ lục của quý vị đến phòng hồ sơ y tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị.

Quyền Nhận Bản Kê Khai Các Lần Tiết Lộ. Quý vị có quyền yêu cầu một “Bản Kê Khai Các Lần Tiết Lộ”. Đây là danh sách các lần tiết lộ mà chúng tôi thực hiện đối với thông tin y tế về quý vị, không bao gồm các lần tiết lộ cho những mục đích nhất định, chẳng hạn như các mục đích điều trị, thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe mà các chức năng đó được mô tả ở trên hoặc bất kỳ lần tiết lộ nào được quý vị cho phép cụ thể. Để yêu cầu danh sách này hoặc bản kê khai các lần tiết lộ, quý vị phải gửi văn bản yêu cầu đến Phòng Hồ Sơ Y Tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ một khoảng thời gian, không được dài hơn sáu (6) năm hoặc ba (3) năm tùy thuộc vào ngày hoàn tất hồ sơ sức khỏe điện tử (electronic health record, EHR) của Cơ Sở MemorialCare. Danh sách đầu tiên mà quý vị yêu cầu trong khoảng thời gian 12 tháng sẽ được miễn phí. Đối với các danh sách bổ sung, chúng tôi có thể tính phí để bù đắp chi phí cung cấp danh sách cho quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về chi phí liên quan và quý vị có thể chọn rút lại hoặc chỉnh sửa yêu cầu của mình tại thời điểm đó trước khi phát sinh bất kỳ chi phí nào.

Ngoài ra, theo quy định của pháp luật, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị sau khi có một hành vi vi phạm thông tin sức khỏe được bảo vệ không an toàn của quý vị.

Quyền Yêu Cầu Các Hạn Chế. Quý vị có quyền yêu cầu hạn chế hoặc giới hạn thông tin y tế mà chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ về quý vị cho các mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe. Quý vị cũng có quyền yêu cầu giới hạn thông tin y tế mà chúng tôi tiết lộ về quý vị cho người có liên quan đến việc chăm sóc hoặc thanh toán cho việc chăm sóc của quý vị, như thành viên gia đình hoặc bạn bè. Chúng tôi không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu của quý vị, trừ trường hợp quý vị yêu cầu chúng tôi hạn chế tiết lộ cho một chương trình bảo hiểm y tế hoặc hãng bảo hiểm vì mục đích thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe nếu quý vị hoặc người khác đại diện cho quý vị (không phải là chương trình bảo hiểm y tế hoặc hãng bảo hiểm), đã tự thanh toán đầy đủ cho mục hàng hoặc dịch vụ đó. Ngay cả khi quý vị yêu cầu hạn chế đặc biệt này, thì chúng tôi có thể tiết lộ thông tin cho chương trình bảo hiểm y tế hoặc hãng bảo hiểm nhằm mục đích điều trị cho quý vị. Nếu chúng tôi đồng ý với một hạn chế đặc biệt khác, thì chúng tôi sẽ thực hiện theo yêu cầu của quý vị trừ khi thông tin đó là cần thiết để cung cấp cho quý vị biện pháp điều trị khẩn cấp.

Để yêu cầu các hạn chế, quý vị phải gửi văn bản yêu cầu đến phòng hồ sơ y tế của Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị đã được điều trị. Trong yêu cầu của mình, quý vị phải cho chúng tôi biết (1) thông tin nào quý vị muốn hạn chế; (2) quý vị muốn hạn chế việc sử dụng, tiết lộ của chúng tôi hay cả hai; và (3) người mà quý vị muốn áp dụng hạn chế.

Quyền Yêu Cầu Trao Đổi Thông Tin Bảo Mật. Quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi trao đổi thông tin với quý vị theo một cách nhất định hoặc tại một địa điểm nhất định. Ví dụ: quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên hệ với quý vị tại nơi làm việc hoặc qua thư gửi đường bưu điện. Để yêu cầu trao đổi thông tin bảo mật, quý vị phải gửi văn bản yêu cầu đến phòng hồ sơ y tế tại Cơ Sở MemorialCare nơi quý vị nhận điều trị. Chúng tôi sẽ không hỏi quý vị lý do cho yêu cầu của quý vị. Chúng tôi sẽ đáp ứng tất cả các yêu cầu hợp lý. Yêu cầu của quý vị phải nêu rõ cách thức hoặc nơi quý vị muốn được liên lạc.

Quyền Cho Phép hoặc Từ Chối Cho Phép Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin Y Tế Khác. Việc sử dụng và tiết lộ thông tin y tế khác không bao hàm trong Thông Báo này hoặc luật áp dụng cho chúng tôi sẽ chỉ được thực hiện khi có văn bản cho phép của quý vị. Nếu quý vị ủy quyền cho phép chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế về quý vị, thì quý vị có thể rút lại sự cho phép đó bằng văn bản bất cứ lúc nào. Nếu quý vị rút lại sự cho phép của mình, thì chúng tôi sẽ không sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế về quý vị nữa vì những lý do được nêu trong văn bản ủy quyền cho phép của quý vị. Quý vị hiểu rằng chúng tôi không thể lấy lại bất kỳ thông tin nào mà chúng tôi đã tiết lộ theo ủy quyền cho phép của quý vị và chúng tôi được yêu cầu lưu giữ hồ sơ về dịch vụ chăm sóc mà chúng tôi đã cung cấp cho quý vị.

Quyền Nhận Thông Báo này Bằng Bản Giấy. Quý vị có quyền nhận Thông Báo này bằng bản giấy. Ngay cả khi quý vị đã đồng ý nhận Thông Báo này bằng phương tiện điện tử, thì quý vị vẫn có quyền nhận Thông Báo này bằng bản giấy. Quý vị có thể lấy một bản sao của Thông Báo này trên trang web của chúng tôi (www.memorialcare.org). Bản giấy của Thông Báo này cũng có sẵn tại các phòng tiếp nhận hoặc bàn đăng ký của tất cả các Cơ Sở MemorialCare.

Thay Đổi Đối Với Thông Báo này

Chúng tôi bảo lưu quyền thay đổi Thông Báo này. Chúng tôi giữ quyền thay đổi hoặc chỉnh sửa Thông Báo này, có hiệu lực đối với thông tin y tế mà chúng tôi đã có về quý vị cũng như mọi thông tin mà chúng tôi nhận được trong tương lai. Chúng tôi sẽ niêm yết một bản sao của Thông Báo hiện tại ở mỗi Cơ Sở MemorialCare, cũng như trên trang web của chúng tôi (www.memorialcare.org). Thông Báo sẽ có ngày có hiệu lực trên trang đầu tiên, ở góc dưới cùng bên trái.

Khiếu Nại

Nếu quý vị tin rằng các quyền riêng tư của mình đã bị vi phạm, thì quý vị có thể gửi khiếu nại tới chúng tôi và Bộ Trưởng Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (United States Department of Health and Human Services). Để biết thông tin về việc nộp đơn khiếu nại với chúng tôi, hãy liên hệ với Giám Đốc Phụ Trách Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư của MemorialCare theo số (714) 377-3218 để biết cách nộp khiếu nại. Mọi khiếu nại phải được gửi bằng văn bản. Chúng tôi sẽ không có hành động nào chống lại quý vị và quý vị sẽ không bị phạt vì nộp đơn khiếu nại.

Các Cơ Sở MemorialCare Được Bao Hàm Trong Thông Báo này

Quý vị có thể tìm thấy danh sách các Cơ Sở MemorialCare (MC) được bao hàm trong Thông Báo này tại www.memorialcare.org hoặc có thể nhận được danh sách bằng cách liên hệ với Giám Đốc Phụ Trách Tuân Thủ của MC theo địa chỉ hoặc số điện thoại bên dưới.

Thông Tin Liên Hệ của Giám Đốc Phụ Trách Tuân Thủ/Quyền Riêng Tư của MC:

Chief Compliance Officer/Privacy Officer

MemorialCare

17360 Brookhurst Avenue

Fountain Valley, CA 92708

(714) 377-3218 Điện Thoại

(714) 377-3225 Fax