



# ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

**YÊU CẦU CỦA BỆNH NHÂN VỀ 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:	Email:	
Tên đường:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip:

QUÝ VỊ ĐANG YÊU CẦU HỒ SƠ TỪ Đâu (TÊN BỆNH VIỆN, TÊN PHÒNG KHÁM HOẶC TÊN NHÀ CUNG CẤP TÊN)?	
Tên:	Điện thoại:
Địa chỉ gửi thư:	Fax:
Nhiều địa điểm (các địa điểm bổ sung mà quý vị cần hồ sơ, chỉ nêu tên):	

QUÝ VỊ CẦN GỬI HỒ SƠ CHO AI?	
Tên:	Điện thoại:
Email:	Fax:
Địa chỉ gửi thư đầy đủ:	

QUÝ VỊ YÊU CẦU CUNG CẤP HỒ SƠ NÀO?	
Hồ sơ về Khoảng Thời Gian / Ngày Dịch Vụ: ____ / ____ / ____ cho đến ____ / ____ / ____ Định dạng: THÁNG/NGÀY/NĂM	
<input type="checkbox"/> Tóm Tắt (Ghi Chú & Kết Quả Chẩn Đoán)	<input type="checkbox"/> Ghi Chú Bệnh Sử và Lâm Sàng
<input type="checkbox"/> Ghi Chép Tư Vấn	<input type="checkbox"/> Ghi Chép Tiến Triển
<input type="checkbox"/> Tóm Tắt Xuất Viện	<input type="checkbox"/> Ghi Chú Phẫu Thuật/Thủ Thuật
<input type="checkbox"/> Ghi Chép Phòng Cấp Cứu	<input type="checkbox"/> Ghi Chú Trị Liệu
<input type="checkbox"/> Toàn Bộ Hồ Sơ	<input type="checkbox"/> Hình Ảnh X-quang (CD/DVD hoặc Email)
<input type="checkbox"/> Khác (vui lòng ghi rõ): _____	
Bằng cách ký vào biểu mẫu này, tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ đã nêu rõ và yêu cầu ở trên có thể bao gồm thông tin về sức khỏe tâm thần, tình trạng lạm dụng chất gây nghiện (ví dụ: ma túy, rượu), tình trạng nhiễm HIV/AIDS, các hồ sơ chẩn đoán và điều trị.	

QUÝ VỊ MUỐN HỒ SƠ Y TẾ ĐƯỢC CHUYỂN ĐẾN NHƯ THẾ NÀO?		
<b>Gửi dạng điện tử:</b> <input type="checkbox"/> MyChart (Cổng Thông Tin Bệnh Nhân) <input type="checkbox"/> Email bảo mật (được mã hóa, giới hạn kích thước) <input type="checkbox"/> Fax (Chỉ Các Cơ Sở Y Tế)	<b>Gửi thư:</b> <input type="checkbox"/> Bản giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD)	<b>Trực tiếp đến lấy:</b> <input type="checkbox"/> Bản giấy (có thể áp dụng phí) <input type="checkbox"/> Điện tử (CD/DVD)

QUÝ VỊ MUỐN HÌNH ẢNH X-QUANG ĐƯỢC CHUYỂN ĐẾN NHƯ THẾ NÀO (NẾU CÓ)?		
<b>Gửi dạng điện tử:</b> <input type="checkbox"/> Email (Powershare)	<b>Gửi thư:</b> <input type="checkbox"/> Định dạng CD / DVD	<b>Trực tiếp đến lấy:</b> <input type="checkbox"/> Định dạng CD / DVD

TÊN VÀ CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI YÊU CẦU	
Viết hoa Tên của quý vị (Tên, Họ):	Chữ ký:
Ngày/Thời gian:	Ngày hết hạn, Sự kiện hoặc Điều kiện (không bắt buộc):
Mối quan hệ nếu Không phải là Bệnh Nhân: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Cha Mẹ Nuôi <input type="checkbox"/> Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe, Người Thay Thế, Người Ủy Quyền <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): _____	

GỬI BIỂU MẪU ĐÃ ĐIỀN ĐẦY THỦ THÔNG TIN TỚI:	
Thư tín: 1414 Kuhl Ave., MP69, Orlando, FL 32806	Fax: 321-843-6411
Địa chỉ ghé đến trực tiếp được liệt kê tại <a href="http://www.orlandohealth.com/medicalrecords">www.orlandohealth.com/medicalrecords</a>	Email: <a href="mailto:medicalrecords@orlandohealth.com">medicalrecords@orlandohealth.com</a>



# ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

**YÊU CẦU CỦA BỆNH NHÂN VỀ 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

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

Các luật và quy định đòi hỏi rằng một số nguồn thông tin cá nhân phải có giấy ủy quyền đã ký hoặc giấy cho phép trước khi công khai. Ngoài ra, một số luật yêu cầu phải có giấy ủy quyền cụ thể để công bố 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 giấy ủy quyền 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 chấp thuận rõ ràng việc tiết lộ thông tin này như được chỉ định ở trên hoặc theo yêu cầu của pháp luật.
- Quý vị hiểu rằng giấy ủy quyền 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, giấy cho phép này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.
- Quý vị hiểu rằng giấy ủy quyền này có thể được thu hồi khi có thông báo bằng văn bản cho văn phòng nơi lưu giữ giấy ủy quyền bản gốc, ngoại trừ những hành động đã được thực hiện dựa trên giấy ủy quyền này.
- Quý vị hiểu rằng thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể bị người nhận tiết lộ lại và quyền riêng tư của thông tin sức khỏe được bảo vệ có thể không còn được pháp luật bảo vệ.
- Quý vị cũng hiểu rằng Orlando Health không được đặt điều kiện để cung cấp điều trị, thanh toán, ghi danh vào chương trình bảo hiểm y tế hoặc hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi đối với việc cung cấp giấy ủy quyền 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 Pháp 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.

Trang web Quản Lý Thông Tin Sức Khỏe - Tiết Lộ Thông Tin:

[www.orlandohealth.com/medicalrecords](http://www.orlandohealth.com/medicalrecords)

Điện thoại: (321) 841-4449

#### 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: _____