

Tên Pháp lý:	Ngày sinh:	
Tên nếu khác với Tên Pháp lý:		
Tôi cho phép Bộ phận Sức khỏe Hành vi Quận Clackamas (Clackamas County Behavioral Health, hoặc CCBH) trao đổi và tiết lộ thông tin với:		
Tên của Cá nhân/Tổ chức/Cơ sở: _____		
Điện thoại: _____	Fax: _____	
Email: _____		
Địa chỉ: _____		
___ CCBH đang YÊU CẦU hồ sơ     ___ CCBH đang GỬI hồ sơ     ___ Chỉ trao đổi bằng lời nói ___ Trao đổi hồ sơ với nhau (mutual exchange/cho phép chia sẻ thông tin qua lại khi cần)		
CCBH nên chia sẻ hồ sơ như thế nào (ví dụ: qua thư bưu điện, email, fax): _____		
<b>Thông tin được trao đổi và/hoặc tiết lộ (đánh dấu vào tất cả các mục phù hợp):</b>		
___ Toàn bộ hồ sơ y tế	___ Hồ sơ đánh giá	___ Các ghi chú về tiến độ
___ Kế hoạch điều trị/chăm sóc	___ Toa thuốc	___ Kết quả xét nghiệm/chẩn đoán
___ Hồ sơ nha khoa	___ Hồ sơ bệnh viện	___ Hóa đơn/Thanh toán/Bảo hiểm
___ Tóm tắt Tình trạng Sức khỏe	___ Ghi chú Tiến độ	___ Khác: _____
(Phần này không bắt buộc) Tiết lộ hồ sơ từ khoảng thời gian này: _____ đến _____ (ngày) (ngày)		
Bằng cách ký tên viết tắt trong các ô trống tên dưới, tôi cho phép tiết lộ những thông tin y tế sau đây, nếu thông tin đó tồn tại: <b>KÝ TÊN VIẾT TẮT TỪNG MỤC ĐỂ CHO PHÉP TIẾT LỘ</b>		
(Ký tên viết tắt) _____	Thông tin về chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu liên quan đến sử dụng chất kích thích	
(Ký tên viết tắt) _____	HIV/AIDS	
(Ký tên viết tắt) _____	Xét nghiệm di truyền	
(Ký tên viết tắt) _____	Sức khỏe tâm thần, bao gồm đánh giá và kiểm tra/xét nghiệm. <i>Hồ sơ sức khỏe tâm thần không bao gồm ghi chú về trị liệu tâm lý.</i>	
Sang trang sau...		

**Mục đích:**

Tôi đồng ý cho phép trao đổi hoặc tiết lộ thông tin y tế cho những lý do sau:

\_\_\_Phối hợp chăm sóc

\_\_\_Điều trị

\_\_\_Thanh toán

\_\_\_Khác: \_\_\_\_\_

**Xác nhận và Thỏa thuận:**

Tôi hiểu rằng người nhận có thể tiết lộ lại thông tin nhận được trừ khi bị cấm theo luật liên bang/tiểu bang hoặc cần có sự đồng ý cụ thể của tôi. Tôi biết rằng nếu người nhận tiết lộ lại thông tin của tôi, các biện pháp bảo vệ quyền riêng tư theo quy định của pháp luật có thể không còn áp dụng. Tôi hiểu rằng hồ sơ điều trị chứng rối loạn từ các chất gây nghiện có thể được bảo vệ theo luật liên bang về bảo mật Hồ sơ Điều trị Chứng Rối loạn từ các Chất Gây nghiện của Bệnh nhân (42 CFR Phần 2) và không thể được tiết lộ một lần nữa nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi. Nếu tôi đã chỉ định một người trung gian, người trung gian đó có thể tiết lộ thông tin về chứng rối loạn từ các chất gây nghiện của tôi cho các chuyên gia điều trị được xác minh, và tôi có thể yêu cầu danh sách tái tiết lộ trực tiếp từ người trung gian này. Tôi hiểu rằng nếu thông tin sức khỏe của tôi được sử dụng hoặc tiết lộ cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe thì thông tin đó có thể được người nhận tiết lộ lại theo sự cho phép được nêu trong Quy tắc về Quyền riêng tư HIPAA, ngoại trừ việc sử dụng và tiết lộ cho mục đích dân sự, hình sự, hành chính và lập pháp tố tụng chống lại tôi.

Tôi có thể thu hồi giấy phép này bằng văn bản bất cứ lúc nào với bất cứ nhân viên CCBH nào. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho thông tin đã được tiết lộ thể theo giấy phép này. Tôi hiểu rằng việc ký tên vào giấy phép này không phải là việc tôi phải làm để được điều trị, thanh toán, hoặc để hội đủ tiêu chuẩn.

Giấy cho phép này sẽ hết hạn sau một (1) năm hoặc ngay khi sự kiện này xảy ra:

(insert date or event for expiration): \_\_\_\_\_

Chữ ký của Cá nhân/Người giám hộ Hợp pháp

Tên viết in hoa

Ngày

**Gửi lại giấy phép này bằng cách:**

**Email:** BHBillingandRecords@clackamas.us

**Fax:** 503-742-5312

**Thư tín:** 11211 SE 82nd Avenue, Suite O  
Happy Valley, OR 97086

**Điện thoại:** 503-742-5335