

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____ MRN: _____



ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi đồng ý tiết lộ bằng lời nói thông tin về sức khỏe của tôi với những người được liệt kê dưới đây. Điều này có thể bao gồm bất kỳ thông tin nào về tình trạng sức khỏe của tôi, gồm bệnh trạng, triệu chứng, kết quả xét nghiệm, thuốc, hóa đơn thanh toán và lịch trình.

Tên Liên Hệ: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Số Điện Thoại: _____

Đánh dấu ô này để chọn làm liên hệ khẩn cấp

Tên Liên Hệ: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Số Điện Thoại: _____

Đánh dấu ô này để chọn làm liên hệ khẩn cấp

Tôi hiểu rằng ủy quyền này sẽ giữ hiệu lực cho đến khi được tôi thu hồi bằng văn bản. Tôi nhận thức được rằng việc thu hồi đó sẽ không có hiệu lực đối với những hành động mà người được tôi ủy quyền sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe đã thực hiện dựa trên ủy quyền này.

Chữ Ký của Bệnh Nhân / hoặc Người Đại Diện Cá Nhân

Ngày

Nếu ủy quyền này được ký bởi người đại diện cá nhân của bệnh nhân thay mặt cho bệnh nhân, vui lòng hoàn thành phần sau:

Tên của Người Đại Diện Cá Nhân

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân

Đối với những bệnh nhân cần biên dịch hoặc đọc tài liệu này bằng lời, người đọc hoặc người dịch cần ghi và ký tên xuống dưới đây:

Chữ Ký của Người Đọc/Người Dịch

Ngày