

Hướng Dẫn Hoàn Thành Mẫu Đơn Đồng Ý Cho Thủ Tục Pháp Lý SAPC

Mục đích của mẫu đơn đồng ý này nhằm cấp phép bằng văn bản cho việc tiết lộ và trao đổi thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm cả thông tin được bảo vệ theo **42 CFR Phần 2** (thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện) để được sử dụng trong (các) thủ tục tố tụng hình sự, dân sự, lập pháp hoặc hành chính và chỉ giới hạn trong (các) thủ tục pháp lý được chỉ định trên mẫu đơn đồng ý này. Đối với thông tin về SUD, mục đích của việc đồng ý và tiết lộ phải cụ thể và nhất quán với các yêu cầu của **42 CFR Phần 2** và tất cả các luật Liên bang và Tiểu bang hiện hành. Sự ủy quyền của quý vị là tự nguyện và quý vị có quyền từ chối ký tên. Vui lòng dành chút thời gian để đọc các hướng dẫn dưới đây.

Đọc Kỹ Từng Phần

Mẫu đơn này bao gồm một số phần mô tả:

- **Thông tin nào** có thể được chia sẻ
- **Ai** có thể gửi và nhận thông tin
- **Tại sao** thông tin lại được chia sẻ
- Sự ủy quyền có hiệu lực trong **bao lâu**
- **Quyền của quý vị** trong việc thu hồi hoặc giới hạn ủy quyền tiết lộ thông tin

Vui lòng **đọc và xem xét kỹ từng phần** trước khi ký.

Chỉ Định Thông Tin Nào Có Thể Được Tiết Lộ

Quý vị có thể chọn giới hạn loại hoặc số lượng thông tin được tiết lộ. Quý vị có thể ủy quyền tiết lộ:

- Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của quý vị, **hoặc**
- Nêu rõ thông tin quý vị ủy quyền sử dụng và tiết lộ

Ai Có Thể Chia Sẻ Và Nhận Thông Tin Của Quý Vị

Quý vị phải liệt kê:

- (Các) loại thủ tục pháp lý được ủy quyền để sử dụng và tiết lộ thông tin của quý vị
- (Các) thực thể pháp lý/(các) cá nhân được phép nhận thông tin đó

Nếu quý vị muốn nhiều tổ chức trao đổi thông tin với nhau, hãy liệt kê tất cả các bên.

Xem Lại Quyền Của Quý Vị Theo HIPAA Và 42 CFR Phần 2

Mẫu đơn này nêu rõ các quyền của quý vị theo luật Liên bang và Tiểu bang. Quý vị có quyền:

- **Từ chối** ký mẫu ủy quyền này
- **Thu hồi** ủy quyền bất cứ lúc nào bằng văn bản hoặc trực tiếp
- **Nhận một bản sao** của mẫu đơn đã hoàn thành
- **Giới hạn** thông tin được chia sẻ
- **Kỳ vọng vào các biện pháp bảo vệ tính bảo mật**, bao gồm cả giới hạn tiết lộ lại thông tin

Vui lòng tham khảo Mục IV “Thông Tin Quan Trọng Khác” và Mục VI “Thông Báo Kèm Theo Việc Tiết Lộ” để biết thêm thông tin liên quan đến quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Phần 2.

Hết Hạn Ủy Quyền

Ủy quyền của quý vị sẽ vẫn có hiệu lực chừng nào quý vị còn nhận dịch vụ từ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC trừ khi quý vị chọn thu hồi ủy quyền đó.

Vui lòng tham khảo Mục IV “Thông Tin Quan Trọng Khác” và Mục VII “Thu Hồi Đồng Ý” để biết thêm thông tin về các quyền ủy quyền của quý vị.

Thu Hồi Ủy Quyền Của Quý Vị

Quý vị có thể thu hồi ủy quyền của mình bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho nhà cung cấp hoặc chương trình điều trị của quý vị bằng văn bản hoặc trực tiếp. Việc thu hồi **không** làm thay đổi thông tin đã được chia sẻ trước khi nhận được thông báo thu hồi.

Vui lòng tham khảo Mục IV “Thông Tin Quan Trọng Khác” và Mục VII “Thu Hồi Đồng Ý” để biết thêm thông tin về cách thu hồi ủy quyền của quý vị.

Trao Đổi Điện Tử và Bảo Mật

Tất cả các tiết lộ—bao gồm cả những tiết lộ được thực hiện bằng phương thức điện tử—phải tuân thủ:

- Các yêu cầu của **HIPAA**
- **42 CFR Phần 2**
- Các **luật bảo mật** hiện hành khác của Liên bang và Tiểu bang

Ký và Ghi ngày vào Mẫu đơn

Chữ ký của quý vị xác nhận rằng:

- Quý vị **hiểu** rõ thông tin trên mẫu đơn
- Quý vị **ủy quyền việc tiết lộ thông tin** được mô tả
- Quý vị **hiểu các quyền của mình** theo HIPAA và 42 CFR Phần 2

Nếu quý vị ký với tư cách là **người đại diện hợp pháp**, quý vị phải nêu rõ thẩm quyền của mình để làm việc đó. Các ví dụ về thẩm quyền pháp lý bao gồm Người Quản Lý Tài Sản, Người Thi Hành Di Chúc, Người Giám Hộ Hợp Pháp, Cha Mẹ, Người Được Ủy Quyền, và/hoặc Thân Nhân Gần Nhất. Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp thêm tài liệu để xác minh thẩm quyền hoặc mối quan hệ của quý vị.

Nếu quý vị ký với tư cách là người làm chứng cho chữ ký bằng điểm chỉ, vui lòng điền thông tin của quý vị vào phần thích hợp.

Nộp Lại Mẫu Đơn Đã Hoàn Thành

Nộp lại mẫu đơn đã ký cho nhà cung cấp, chương trình hoặc cơ quan chịu trách nhiệm xử lý yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể yêu cầu một bản sao để lưu hồ sơ.

CỤC PHÒNG CHỐNG VÀ KIỂM SOÁT LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN

ĐỒNG Ý SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN CHO CÁC THỦ TỤC PHÁP LÝ

Mục Đích của Đơn Đồng Ý và Tiết Lộ: Mẫu đơn đồng ý này cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe về rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) được bảo vệ để sử dụng trong (các) thủ tục tố tụng hình sự, dân sự, lập pháp hoặc hành chính và chỉ giới hạn trong (các) thủ tục pháp lý được chỉ định trên mẫu đơn đồng ý này. Bằng cách hoàn thành mẫu đơn đồng ý sử dụng và tiết lộ này, quý vị đồng ý cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe SUD được bảo vệ của mình cho mục đích của các thủ tục pháp lý như được chỉ định dưới đây.

Chọn loại thủ tục pháp lý mà quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe SUD của mình.

☐ Hình sự

☐ Dân sự

☐ Lập pháp

☐ Hành chính

Nếu có, hãy chỉ định thông tin bổ sung (ví dụ: số vụ án) liên quan đến (các) thủ tục pháp lý mà quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe SUD của mình.

I. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG

Tên (Họ, Tên, và Tên Đệm):	Ngày Sinh:	Số Medi-Cal:
Địa Chỉ Email: Bằng cách cung cấp địa chỉ email của quý vị, quý vị cho phép SAPC và Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC liên hệ với quý vị qua email.	Số Điện Thoại:	4 Chữ Số Cuối Của SSN:
Địa chỉ:	Số ID Sage:	

II. CÁC THỰC THỂ ĐƯỢC ỦY QUYỀN CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi ủy quyền cho (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại và trước đây của tôi trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC chia sẻ thông tin sức khỏe SUD được bảo vệ của tôi với (các) thực thể pháp lý/cá nhân bên ngoài được chỉ định trong phần này cho (các) thủ tục pháp lý được chỉ ra ở trên.

Chỉ định (các) thực thể pháp lý/(các) cá nhân vào (các) chỗ trống được cung cấp dưới đây. Nếu cần thêm chỗ, vui lòng đính kèm một trang liệt kê các thực thể vào cuối mẫu đơn đồng ý này.

1. Tên Thực Thể: _____

Địa chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Email: _____ Trang web: _____

2. Tên Thực Thể: _____

Địa chỉ: _____

Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____

Email: _____ Trang web: _____

3. Tên Thực Thể: _____
Địa chỉ: _____
Số Điện Thoại: _____ Số Fax: _____
Email: _____ Trang web: _____

III. PHẠM VI TIẾT LỘ

Tôi ủy quyền cho các thực thể được chỉ ra trong Phần II chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ được chỉ định dưới đây.

Chọn một trong các tùy chọn dưới đây.

☐ Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của tôi

☐ Khác: _____

Chỉ định thông tin mà quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ.

IV. THÔNG TIN QUAN TRỌNG KHÁC

Bằng việc ký vào mẫu Đơn chấp thuận này, tôi hiểu rằng:

- **Thời hạn hiệu lực của Đơn Đồng Ý** - Ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực chừng nào tôi còn nhận dịch vụ từ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC, trừ khi có quy định khác hoặc bị hủy bỏ.
- Hồ sơ điều trị rượu và/hoặc ma túy của tôi được bảo vệ theo các quy định của Liên bang về Bảo mật và Hồ sơ Bệnh nhân Lạm dụng Ma túy, 42 C.F.R. Phần 2, và Đạo luật Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Bảo hiểm Y tế năm 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Phần 160 & 164, và không được tiết lộ nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, trừ khi được các quy định cho phép.
- Đơn đồng ý này là tự nguyện, và tôi không bắt buộc phải ký vào mẫu Đơn đồng ý này để được điều trị, đăng ký dịch vụ hoặc thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của mình.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của mẫu Đơn đồng ý này. Một bản sao của mẫu đơn Đồng Ý này có giá trị như bản gốc.
- **Các Hạn Chế Đối Với Tiết Lộ Lại Thông Tin** – Thông tin đã được tiết lộ không được phép tiết lộ lại để phục vụ các thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại khách hàng nếu không có văn bản chấp thuận bổ sung dành riêng cho mục đích này, tuân thủ quy định tại 42 C.F.R. Phần 2.
- Tôi có quyền thu hồi đơn Đồng ý này bất cứ lúc nào bằng văn bản hoặc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện của tôi, ngoại trừ trường hợp nhà cung cấp của tôi hoặc đơn vị nắm giữ hợp pháp khác đã hành động dựa trên đơn này. Tôi có thể sử dụng phần Thu Hồi Đồng Ý trên mẫu đơn Đồng ý này để chấm dứt mẫu đơn Đồng ý này bằng văn bản. Sau khi nhận được yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi, nhà cung cấp hoặc SAPC sẽ thu hồi sự đồng ý cho việc tiết lộ thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng những thông tin đã được tiết lộ trước khi thu hồi đơn đồng ý này không thể được khôi phục và các bên nhận thông tin không bắt buộc phải trả lại hoặc tiêu hủy những thông tin đó.

V. CHỮ KÝ CỦA KHÁCH HÀNG HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc mẫu đơn Đồng ý và hiểu rằng chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được mô tả trong mẫu này. Tôi hiểu rằng việc ký vào mẫu này là tự nguyện và tôi có quyền từ chối ký.

Tên và Chữ ký của Khách hàng hoặc Người đại diện hợp pháp của Khách hàng:

Nếu khách hàng không thể viết, họ có thể điền chỉ vào dòng chữ ký. Ký bằng cách điền chỉ yêu cầu có hai người làm chứng. Người làm chứng phải viết tên của khách hàng lên dòng được chỉ định cho tên của khách hàng và viết tên của chính họ và ký vào một trong các ô dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải viết tên của họ và ký vào ô dành cho người làm chứng còn lại để xác nhận chữ ký bằng cách điền chỉ của khách hàng.

Tên Viết In Hoa (Họ, Tên đệm và Tên) Chữ ký Tháng / Ngày / Năm

Nếu được ký bởi Người đại diện hợp pháp của Khách hàng, hãy nêu mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện:

Nếu khách hàng không thể viết và đã điền chỉ thay cho chữ ký của họ ở trên, cần có hai người làm chứng để hoàn thành phần người làm chứng bằng cách viết tên của họ và ký tên bên dưới.

1. _____ 2. _____
Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên đệm và Tên) Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên đệm và Tên)

Chữ ký Chữ ký

VI. THÔNG BÁO KÈM THEO CÁC TIẾT LỘ

Hồ sơ này tiết lộ cho quý vị được bảo vệ bởi các quy tắc bảo mật của Liên bang ([42 CFR phần 2](#)). Các quy tắc này cấm quý vị sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ này, hoặc lời khai mô tả thông tin có trong hồ sơ này, trong bất kỳ thủ tục tố tụng dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào bởi bất kỳ cơ quan Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương nào, chống lại bệnh nhân, trừ khi được sự đồng ý của bệnh nhân, ngoại trừ trường hợp được quy định tại [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) hoặc được tòa án cho phép theo [42 CFR 2.64](#) hoặc [2.65](#). Ngoài ra, các quy tắc của Liên bang cấm quý vị thực hiện bất kỳ việc sử dụng hoặc tiết lộ nào khác đối với hồ sơ này trừ khi ít nhất một trong các điều kiện sau được áp dụng:

- (i) Việc sử dụng hoặc tiết lộ thêm được cho phép rõ ràng bằng văn bản đồng ý của cá nhân có thông tin đang được tiết lộ trong hồ sơ này hoặc theo quy định khác của [42 CFR phần 2](#).
- (ii) Quý vị là một đơn vị được bảo hiểm hoặc đối tác kinh doanh và đã nhận được hồ sơ để điều trị, thanh toán hoặc các hoạt động chăm sóc sức khỏe, hoặc
- (iii) Quý vị đã nhận được hồ sơ từ một đơn vị được bảo hiểm hoặc đối tác kinh doanh theo quy định của [45 CFR phần 164, tiêu phần A](#) và [E](#).

Một sự ủy quyền chung cho việc phát hành thông tin y tế hoặc thông tin khác KHÔNG đủ để đáp ứng các yêu tố bắt buộc của sự đồng ý bằng văn bản để sử dụng thêm hoặc tiết lộ lại hồ sơ (xem [42 CFR 2.31](#)).

VII. THU HỒI ĐỒNG Ý

Tôi có quyền thu hồi đơn Đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách hoàn thành phần này và gửi yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi qua đường bưu điện hoặc trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị lạm dụng chất gây nghiện của tôi, ngoại trừ trường hợp nhà cung cấp của tôi hoặc đơn vị nắm giữ hợp pháp khác đã hành động dựa trên đơn này.

Địa chỉ của Cơ quan Nhà cung cấp Dịch vụ Điều trị Lạm dụng Chất gây nghiện:

Tên Tổ chức: _____

Địa chỉ Đường phố (Dòng 1): _____

Địa chỉ Đường phố (Dòng 2: Căn hộ/Phòng/Đơn vị): _____

Thành phố, Tiểu bang và Mã bưu chính: _____

Sau khi nhận được yêu cầu Thu Hồi Đồng Ý của tôi, nhà cung cấp của tôi sẽ thu hồi mẫu đơn Đồng ý đối với việc tiết lộ thông tin trong tương lai. Các tiết lộ được thực hiện trước khi nhận được thông báo thu hồi không thể được khôi phục.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi thu hồi đơn Đồng ý của mình đối với việc tiết lộ thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng bất kỳ tiết lộ nào được thực hiện trước khi nhận được thông báo thu hồi này không thể được hoàn tác hoặc khôi phục.

Tên và Chữ ký của Khách hàng hoặc Người đại diện hợp pháp của Khách hàng:

Nếu khách hàng không thể viết, họ có thể điểm chỉ vào dòng chữ ký. Ký bằng cách điểm chỉ yêu cầu có hai người làm chứng. Người làm chứng phải viết tên của khách hàng lên dòng được chỉ định cho tên của khách hàng và viết tên của chính họ và ký vào một trong các ô dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải viết tên của họ và ký vào ô dành cho người làm chứng còn lại để xác nhận chữ ký bằng cách điểm chỉ của khách hàng.

Tên Viết In Hoa (Họ, Tên Đệm và Tên) Chữ ký Tháng / Ngày / Năm

Nếu được ký bởi Người đại diện hợp pháp của Khách hàng, hãy nêu mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện:

Nếu khách hàng không thể viết và đã điểm chỉ thay cho chữ ký của họ ở trên, cần có hai người làm chứng để hoàn thành phần người làm chứng bằng cách viết tên của họ và ký tên bên dưới.

1. _____ 2. _____
Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên) Tên Viết In Hoa Người làm chứng (Họ, Tên Đệm và Tên)

Chữ ký Chữ ký

Những khách hàng đã nộp mẫu đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin trực tiếp cho SAPC có thể gửi lại mẫu đơn Thu Hồi Đồng Ý đã hoàn thành qua email bảo mật hoặc qua đường bưu điện đến địa chỉ được liệt kê bên dưới. Phải đính kèm một bản sao giấy tờ tùy thân chính thức do chính phủ cấp để xác minh tính hợp lệ của yêu cầu.

Địa Chỉ Gửi Thư Của SAPC

Phòng chống và Kiểm soát Lạm dụng Chất gây nghiện
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Địa chỉ Email:

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Xin lưu ý: Các yêu cầu thu hồi được gửi đến SAPC từ những khách hàng không hoàn thành mẫu đơn Đồng Ý Tiết Lộ Thông Tin trực tiếp với SAPC, hoặc các yêu cầu được gửi mà không kèm theo bản sao giấy tờ tùy thân hợp lệ do chính phủ cấp, sẽ không được xử lý.

Cách điền mẫu đơn Đồng Ý Cho Thủ Tục Pháp lý Của SAPC

Mục đích của đơn Đồng Ý Và Tiết Lộ (Phần Đầu Của Mẫu Đơn)

Phần này xác định **loại thủ tục pháp lý** mà quý vị cho phép sử dụng thông tin về Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện (SUD) của mình.

Bước 1 — Chọn (các) loại thủ tục pháp lý

Chọn danh mục phù hợp với vấn đề pháp lý nơi thông tin SUD của quý vị sẽ được sử dụng.

Đánh dấu một hoặc nhiều mục sau:

- ☐ Hình sự
- ☐ Dân sự
- ☐ Lập pháp
- ☐ Hành chính

Bước 2 — Thêm chi tiết bổ sung (nếu có)

Trên dòng trống bên dưới các ô đánh dấu, hãy viết bất kỳ thông tin nhận dạng nào quý vị có, chẳng hạn như:

- Số vụ việc**
- Bộ phận tòa án**
- Số hồ sơ cơ quan**
- Ngày xét xử**
- Tên điều tra viên hoặc luật sư**

Nếu quý vị không có thông tin này, quý vị có thể để trống.

Phần I — Thông Tin Khách Hàng

Điền thông tin cá nhân của quý vị để SAPC và các nhà cung cấp của quý vị có thể xác định chính xác hồ sơ của quý vị.

- Tên:** Viết họ và tên pháp lý của quý vị (Họ, Tên, Tên đệm).
- Ngày Sinh:** Sử dụng định dạng MM/DD/YYYY.
- Số Medi-Cal:** Nhập số Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị có.
- Địa chỉ Email:** Nhập địa chỉ email quý vị thường xuyên kiểm tra.
- Số Điện thoại:** Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị.
- 4 Chữ số cuối của SSN:** Chỉ nhập bốn chữ số cuối của Số An sinh Xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có SSN hoặc không biết SSN của mình là gì, vui lòng để trống.
- Địa chỉ:** Địa chỉ gửi thư hiện tại của quý vị.
- Số ID Sage:** Cung cấp số hồ sơ y tế Sage EHR của quý vị, nếu biết. Nếu không biết, hãy để trống hoặc hỏi nhà cung cấp của quý vị.

Phần II — Các Thực Thể Được Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe

Phần này xác định **ai có thể nhận thông tin SUD của quý vị** cho (các) thủ tục pháp lý mà quý vị đã chọn.

Bước 1 — Đọc tuyên bố ủy quyền

Phần này giải thích rằng các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại và trước đây của quý vị tại SAPC có thể chia sẻ thông tin SUD của quý vị với các thực thể pháp lý mà quý vị liệt kê.

Bước 2 — Liệt kê từng thực thể pháp lý hoặc cá nhân

Đối với mỗi bên pháp lý liên quan đến vụ việc của quý vị, hãy điền:

- Tên Thực thể** (ví dụ: “Tòa án Thượng thẩm Los Angeles,” “Sở Quản chế,” “Luật sư John Smith,” “Điều phối viên Tòa án DMH”)
- Địa chỉ** (địa chỉ gửi thư đầy đủ)
- Số điện thoại** (kèm mã vùng)
- Số fax** (nếu biết)
- Email** (nếu biết)

- **Trang web** (không bắt buộc)

Bước 3 — Thêm các trang bổ sung nếu cần

Nếu quý vị có nhiều hơn ba thực thể, hãy đính kèm một tờ giấy riêng liệt kê các thực thể còn lại.

Phần III — Phạm Vi Tiết Lộ

Phần này xác định **những thông tin nào** có thể được sử dụng hoặc tiết lộ.

Bước 1 — Chọn một tùy chọn

- ☐ **Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của tôi:** Chọn mục này nếu quý vị muốn toàn bộ hồ sơ SUD của mình được cung cấp cho thủ tục pháp lý.
- ☐ **Khác:** Chọn mục này nếu quý vị muốn giới hạn những gì được chia sẻ.

Bước 2 — Nếu chọn “Khác,” hãy chỉ rõ chính xác những gì có thể được tiết lộ

Hãy nêu càng cụ thể càng tốt để các nhà cung cấp biết những nội dung được phép.

Ví dụ:

- “Chỉ ngày điều trị”
- “Chỉ đánh giá và chẩn đoán”
- “Danh sách thuốc”
- “Bảng chứng tham gia chương trình”
- “Chỉ các báo cáo tiến độ”

Phần IV — Thông Tin Quan Trọng Khác

Quý vị không cần viết bất cứ điều gì trong phần này. Đọc kỹ từng tiểu mục.

- **Thời hạn:** Sự đồng ý của quý vị vẫn có hiệu lực cho đến khi quý vị thu hồi.
- **Bảo vệ:** Hồ sơ của quý vị được bảo vệ bởi luật liên bang theo **42 CFR Phần 2** và **HIPAA**.
- **Quyền không ký:** Quý vị có thể từ chối ký, nhưng khi đó hồ sơ của quý vị sẽ không được phát hành.
- **Quyền nhận bản sao:** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của mẫu đồng ý đã ký.
- **Bảo vệ Pháp lý:** Thông tin của quý vị không thể được sử dụng trong các thủ tục pháp lý nếu không có sự đồng ý riêng biệt.
- **Quyền thu hồi:** Quý vị có thể thu hồi sự đồng ý này bất cứ lúc nào. Thông tin đã được chia sẻ không thể được thu hồi.

Phần V — Chữ Ký Của Khách Hàng Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp

Đây là nơi quý vị chính thức ủy quyền cho việc phát hành.

1. **Tên Viết In Hoa:** Họ và tên pháp lý của quý vị.
2. **Chữ ký:** Ký tên của quý vị.
 - a. Nếu quý vị không thể viết, quý vị có thể ký bằng điểm chỉ.
 - b. Nếu ký bằng điểm chỉ, **hai nhân chứng** phải hoàn thành phần nhân chứng.
3. **Ngày:** Ghi ngày ký.
4. **Nếu được ký bởi Người đại diện Hợp pháp:**
 - a. Nêu rõ mối quan hệ (ví dụ: cha mẹ, người giám hộ, v.v.).
 - b. Nêu rõ thẩm quyền (ví dụ: lệnh tòa, quyền bảo hộ, v.v.)
5. **Phần Nhân chứng (chỉ khi khách hàng ký bằng điểm chỉ)**
Hai nhân chứng phải:
 - Ghi tên hợp pháp dưới dạng chữ in hoa
 - Ký tên của họ

Nếu **người đại diện hợp pháp** ký, họ phải nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền pháp lý của mình. Nếu khách hàng **ký bằng điểm chỉ**, hai nhân chứng phải ghi tên dưới dạng chữ in hoa và ký tên của họ.

Phần VI — Thông Báo Kèm Theo Các Tiết Lộ

Đây là thông báo bảo mật 42 CFR Phần 2 bắt buộc sẽ đi kèm với thông tin của quý vị. Không cần viết gì trong phần này. Thông Báo Kèm Theo Các Tiết Lộ là một thông báo bảo mật sẽ đi kèm với các hồ sơ được phát hành theo sự ủy quyền của việc ký vào

biểu mẫu này. Thông báo bảo mật thông báo cho người nhận hồ sơ rằng các hồ sơ đang được nhận được bảo vệ theo luật bảo mật của Tiểu bang và Liên bang và không thể được chia sẻ với các thực thể khác không được ủy quyền bởi biểu mẫu đồng ý này.

Phần VII — Thu Hồi Đồng Ý

Chỉ hoàn thành phần này **khi quý vị muốn thu hồi sự đồng ý của mình (tức là trong tương lai).**

Bước 1 — Thông Tin Nhà Cung Cấp

Điền thông tin của nhà cung cấp điều trị:

- **Tên Tổ chức**
- **Địa chỉ gửi thư đầy đủ**

Bước 2 — Chữ ký Thu hồi

1. **Ghi tên viết in hoa của quý vị**
2. **Ký tên (hoặc điểm chỉ).**
3. **Ghi ngày thu hồi (MM/DD/YYYY)**
4. Nếu **người đại diện hợp pháp** ký tên, **hãy nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền** thực hiện việc này
5. Nếu nộp trực tiếp cho SAPC, vui lòng **đính kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp** để xác minh danh tính của quý vị

Bước 3 — Người làm chứng (nếu ký bằng cách điểm chỉ)

Hai người làm chứng phải ghi tên viết in hoa và ký tên.

Bước 4 — Nộp đơn thu hồi

Nếu quý vị đã nộp đơn đồng ý trực tiếp cho SAPC, quý vị có thể gửi đơn thu hồi:

- **Qua email bảo mật** đến SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (phải đính kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp)
- **Qua đường bưu điện** đến địa chỉ SAPC được liệt kê trên biểu mẫu

Vui lòng gửi đơn thu hồi cho nhà cung cấp, cơ quan của quý vị hoặc cho SAPC theo hướng dẫn trên biểu mẫu.

Các Định Nghĩa Bổ Sung

Ủy quyền / Đồng ý

Một văn bản có chữ ký đáp ứng tất cả các yêu cầu của 42 CFR Phần 2, bao gồm:

- Mục đích tiết lộ
- Bên được phép tiết lộ
- Bên được phép tiếp nhận
- Thông tin nào có thể được chia sẻ
- Ngày hết hạn
- Chữ ký và ngày tháng

Mỗi biểu mẫu ROI của SAPC được thiết kế để đáp ứng các yêu cầu này cho mục đích cụ thể của nó

Điều Phối Chăm Sóc

Việc giao tiếp và hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ để hỗ trợ điều trị, chuyển tuyến, quản lý ca bệnh và đảm bảo sự liên tục trong chăm sóc cho khách hàng.

Khách hàng

Cá nhân tiếp nhận các dịch vụ về rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD). Khách hàng là người có thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có thể được chia sẻ khi họ ký ROI.

Thực thể

Bất kỳ tổ chức, cơ quan, nhà cung cấp, tòa án, luật sư hoặc cá nhân nào được ủy quyền tiếp nhận hoặc tiết lộ thông tin về SUD. Ví dụ: các nhà cung cấp của SAPC, DHCS, các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý, tòa án, cơ quan quản chế, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Tổ Tụng Pháp Lý

Bất kỳ quy trình hình sự, dân sự, hành chính hoặc lập pháp nào mà thông tin về SUD có thể bị yêu cầu hoặc sử dụng để chống lại khách hàng. Ví dụ: các phiên tòa, quản chế, các vụ việc phúc lợi trẻ em, các phiên điều trần xác định quyền lợi an sinh xã hội.

Người Đại Diện Hợp Pháp

Một người được pháp luật ủy quyền đưa ra quyết định thay mặt cho khách hàng. Ví dụ:

- Người giám hộ do tòa án chỉ định
- Người giám hộ hợp pháp
- Cha mẹ của trẻ vị thành niên. Họ chỉ có thể ký ROI khi có thẩm quyền pháp lý bằng văn bản.

Tiêu Chuẩn Tối Thiểu Cần Thiết

Theo định nghĩa của HIPAA, chỉ được phép chia sẻ lượng thông tin tối thiểu cần thiết để đáp ứng mục đích của đơn đồng ý.

Thanh toán & Hoạt động Chăm sóc Sức khỏe

Các hoạt động hành chính cần thiết để lập hóa đơn, thanh toán hoặc quản lý các dịch vụ SUD, bao gồm:

- Lập hóa đơn Medi-Cal
- Kiểm tra tính đủ điều kiện
- Đánh giá việc sử dụng dịch vụ
- Cải thiện chất lượng
- Kiểm toán và đánh giá tuân thủ

Tiết lộ lại

Bất kỳ việc chia sẻ thông tin SUD nào sau lần tiết lộ ban đầu. Theo 42 CFR Phần 2, việc tiết lộ lại được **cho phép**, ngoại trừ các thủ tục tố tụng pháp lý.

THU HỒI ĐỒNG Ý

Khách hàng có quyền rút lại sự đồng ý của mình bất cứ lúc nào. Việc rút lại sự đồng ý không thể hủy bỏ các tiết lộ đã thực hiện trước đó khi sự đồng ý vẫn còn hiệu lực. Việc thu hồi phải được thực hiện bằng văn bản hoặc hoàn thành bằng cách sử dụng phần thu hồi của biểu mẫu ROI.

Bên Thứ Ba Chi Trả

Bất kỳ thực thể nào chịu trách nhiệm thanh toán hoặc hoàn trả các dịch vụ SUD ngoài chính khách hàng. Ví dụ: Medi-Cal, DHCS, các Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý, bảo hiểm tư nhân.

Nhà Cung Cấp Điều Trị / Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC

Bất kỳ chương trình điều trị SUD nào có hợp đồng với SAPC của Quận LA, bao gồm các chương trình ngoại trú, nội trú, OTP, quản lý cai nghiện và hỗ trợ phục hồi.

Người làm chứng

Một người quan sát khách hàng ký ROI **bằng cách điểm chỉ** (khi khách hàng không thể viết chữ ký). Hai (2) người làm chứng phải ghi tên viết in hoa và ký tên của họ để dấu điểm chỉ được coi là hợp lệ.