

Hướng Dẫn Hoàn Thành Mẫu Đơn Đồng Ý Điều Trị Và Phối Hợp Chăm Sóc Của SAPC

Mục đích của mẫu đơn đồng ý này là để cấp phép bằng văn bản cho việc tiết lộ và trao đổi thông tin sức khỏe của quý vị, bao gồm thông tin được bảo vệ theo **42 CFR Phần 2** (thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện) giữa các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai của quý vị trong Mạng lưới Nhà cung cấp SAPC, và cho (các) thực thể hoặc (các) cá nhân bên ngoài được chỉ định trong mẫu đơn đồng ý này theo yêu cầu của quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị vì mục đích điều trị và phối hợp chăm sóc cho khách hàng. Đối với thông tin về SUD, mục đích của việc đồng ý và tiết lộ phải 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 chỉ định người mà quý vị ủy quyền chia sẻ thông tin. Điều này có thể bao gồm:

- Mạng Lưới Nhà Cung Cấp hoặc (các) Cơ Quan Của SAPC, **hoặc**
- Chọn các nhà cung cấp dịch vụ điều trị trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp hoặc (các) Cơ Quan Của SAPC, **hoặc**
- (Các) thực thể/(các) cá nhân hoặc (các) trung gian bên ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp hoặc (các) Cơ Quan Của SAPC

Vui lòng tham khảo Phần II “Các Thực Thể Được Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe”.

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 này 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 Cha Mẹ, Người Giám Hộ Hợp Pháp, Người Quản Lý Tài Sản, Người Thi Hành Di Chúc, 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 TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN ĐỂ ĐIỀU TRỊ VÀ PHỐI HỢP CHĂM SÓC

Mục đích của đơn Đồng Ý và Tiết Lộ: Biểu mẫu đồng ý này ủy quyền việc tiết lộ thông tin sức khỏe về rối loạn sử dụng chất gây nghiện (SUD) được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 giữa các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai của khách hàng trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC, và cho (các) thực thể hoặc (các) cá nhân bên ngoài được chỉ định trong biểu mẫu đồng ý này theo yêu cầu của khách hàng hoặc người đại diện được ủy quyền của họ vì mục đích điều trị và phối hợp chăm sóc cho khách hàng. Vui lòng cho biết liệu quý vị có ủy quyền chia sẻ thông tin giữa các nhà cung cấp dịch vụ điều trị hiện tại, quá khứ và tương lai của quý vị trong Mạng lưới Nhà cung cấp của SAPC, hay giữa Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC và một hoặc nhiều (các) thực thể/cá nhân bên ngoài hoặc (các) trung gian bên ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC hay không bằng cách chọn một hoặc cả hai tùy chọn dưới đây:

☐ Trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC

☐ Ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC

Lựa chọn được thực hiện trong phần này phải khớp với lựa chọn được thực hiện trong Mục II. Các Thực Thể Được Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Sức Khỏe.

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, trước đây và tương lai của tôi trao đổi thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 của tôi với (các) đơn vị được chỉ định dưới đây theo yêu cầu này vì mục đích điều trị và phối hợp chăm sóc của tôi.

Chọn một hoặc nhiều tùy chọn dưới đây. Chỉ được chọn một trong các tùy chọn 'Trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp SAPC'. (Các) tùy chọn được chọn dưới đây phải khớp với (các) tùy chọn được chọn ở đầu tài liệu này.

☐ **Toàn bộ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC:** Với tất cả các nhà cung cấp dịch vụ điều trị trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC. Nếu đây là lựa chọn duy nhất, hãy chuyển đến Mục III. Phạm Vi Tiết Lộ.

☐ **Chọn (các) Cơ Quan Nhà Cung Cấp SAPC:** Với (các) nhà cung cấp dịch vụ điều trị được chọn trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC được chỉ định dưới đây.

☐ **Ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC:** Với (các) đơn vị/cá nhân hoặc (các) trung gian bên ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC được chỉ định dưới đây.

Sử dụng các khoảng trống được cung cấp dưới đây để nhập thông tin liên hệ của (các) nhà cung cấp được chọn trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp Của SAPC và/hoặc (các) đơn vị bên ngoài mà quý vị đang ủy quyền tiết lộ thông tin SUD được bảo vệ của mình. 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:

- **Hết hạn 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 hoặc trừ khi bị thu hồi theo cách khác.
- 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.
- 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.
- **Tiết Lộ Lại Thông Tin** - Thông tin liên quan đến điều trị nghiện rượu hoặc ma túy được tiết lộ cho một tổ chức hoặc đối tác kinh doanh được bảo hiểm có thể được tiết lộ lại theo các quyền được quy định trong quy định HIPAA.
- **Các Hạn Chế Đối Với Tiết Lộ Lại** – 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. Việc tiết lộ cho các mục đích pháp lý yêu cầu một sự đồng ý riêng.
- Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo mẫu đơn đồng ý có thể phải chịu sự tái tiết lộ bởi người nhận và không còn được bảo vệ bởi 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 (Tên đệm và Họ) _____ 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, tiểu 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 yếu 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 hủy bỏ mẫu 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 của tôi, ngoại trừ trường hợp nhà cung cấp của tôi hoặc người nắm giữ hợp pháp khác đã hành động dựa trên sự đồng ý đó.

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 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 do Người đại diện hợp pháp của Khách hàng ký, hãy nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền thực hiện việc này:

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

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 Điều trị và Phối hợp Chăm sóc của SAPC

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

Phần này xác định **thông tin về Rối loạn Sử dụng Chất gây nghiện (SUD)** của quý vị có thể được chia sẻ với ai. Đảm bảo các lựa chọn của quý vị ở đây **khớp với Phần II**.

Bước 1 — Đọc tuyên bố về mục đích.

1. Phần này giải thích rằng mẫu đơn cho phép phát hành thông tin SUD được bảo vệ theo 42 CFR Phần 2 “**vì mục đích điều trị và phối hợp chăm sóc cho khách hàng.**”

Bước 2 — Chọn một hoặc nhiều tùy chọn

1. Chọn một hoặc cả hai ô kiểm tra:
 - a. **Trong Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC**, hãy chọn nếu quý vị muốn thông tin của mình chỉ được chia sẻ giữa các nhà cung cấp dịch vụ SUD có hợp đồng với SAPC.
 - b. **Ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp của SAPC**, hãy chọn nếu quý vị muốn thông tin của mình được chia sẻ với các thực thể bên ngoài (ví dụ: chăm sóc ban đầu, sức khỏe tâm thần, quản chế, bệnh viện cụ thể, chính quý vị, v.v.).

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.

1. **Tên:** Viết họ và tên pháp lý của quý vị (Họ, Tên, Tên đệm).
2. **Ngày Sinh:** Sử dụng định dạng MM/DD/YYYY.
3. **Số Medi-Cal:** Nhập số Medi-Cal của quý vị, nếu quý vị có.
4. **Địa chỉ Email:** Nhập địa chỉ email quý vị thường xuyên kiểm tra.
5. **Số Điện thoại:** Số điện thoại tốt nhất để liên lạc với quý vị.
6. **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.
7. **Địa chỉ:** Địa chỉ gửi thư hiện tại của quý vị.
8. **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 trao đổi thông tin SUD của quý vị** dựa trên (các) lựa chọn của quý vị.

Bước 1 — Chọn một hoặc nhiều tùy chọn

Chọn (các) tùy chọn phù hợp với nhu cầu của quý vị:

1. **Toàn bộ Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC**
 - a. Hãy chọn nếu quý vị muốn nhà cung cấp của mình có thể trao đổi dữ liệu với toàn bộ mạng lưới nhà cung cấp SUD của SAPC để phối hợp đầy đủ việc chăm sóc của quý vị giữa các cơ quan.
 - b. Nếu đây là ô duy nhất được chọn, quý vị có thể chuyển đến Phần III.
2. **Chọn (các) Cơ Quan Nhà Cung Cấp SAPC**
 - a. Hãy chọn nếu quý vị muốn ủy quyền cho nhà cung cấp SUD của mình chỉ trao đổi thông tin với các nhà cung cấp SAPC cụ thể khác.
 - b. Quý vị sẽ cần cung cấp thông tin cụ thể được yêu cầu cho mỗi nhà cung cấp SAPC mà quý vị muốn thông tin sức khỏe của mình được yêu cầu từ hoặc chia sẻ với họ.
3. **Ngoài Mạng Lưới Nhà Cung Cấp của SAPC**
 - a. Hãy chọn nếu quý vị muốn thông tin của mình được chia sẻ với các đơn vị bên ngoài (ví dụ: Sở Sức khỏe Tâm thần, Sở Dịch vụ Y tế, Bác sĩ Chăm sóc Ban đầu của quý vị, bệnh viện, trường học, v.v.).
 - b. Quý vị sẽ cần cung cấp thông tin cụ thể được yêu cầu cho mỗi đơn vị mà quý vị muốn thông tin sức khỏe của mình được yêu cầu từ hoặc chia sẻ với họ.

Bước 2 — Điền chi tiết đơn vị (nếu có)

Đối với mỗi nhà cung cấp SAPC hoặc đơn vị bên ngoài mà quý vị ủy quyền, vui lòng điền:

- **Tên Đơn vị** (tên đầy đủ, tránh viết tắt)
- **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 việc Phối hợp Chăm sóc.
- ☐ **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”
- “Bằng 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.
- **Tiết lộ lại:** Theo HIPAA, một số thông tin của quý vị có thể được tiết lộ lại bởi cơ quan tiếp nhận trong các trường hợp hạn chế.
- **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 ghi rõ mối quan hệ và thẩm quyền pháp lý để thực hiện việc đó. 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 theo quy định 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 này thông báo cho người nhận rằng các hồ sơ nhận được được bảo vệ theo luật bảo mật của Tiểu bang và Liên bang và không được chia sẻ với các đơn vị 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 dịch vụ 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.