

## Ủy quyền cho phép Tiết lộ Thông tin

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Tôi cho phép Northwest Gastroenterology chia sẻ thông tin y tế của tôi với đại diện cá nhân được chỉ định có tên dưới đây. Tôi biết rằng mình có quyền thay đổi quyết định về việc chia sẻ thông tin với người được chỉ định có tên dưới đây. Tuy nhiên, tôi có trách nhiệm phải thông báo bằng văn bản cho Northwest Gastroenterology về mọi thay đổi.

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với tôi: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với tôi: \_\_\_\_\_

### Khoảng Thời gian

Người này sẽ luôn có quyền truy cập.

1 năm kể từ ngày ủy quyền này.

*Bằng việc đánh dấu vào các ô bên dưới, tôi đặc biệt cho phép người có tên ở trên có quyền truy cập vào thông tin y tế của tôi hoặc có thể thực hiện các thay đổi theo chỉ định.*

Truy cập mọi thông tin y tế của tôi được liệt kê bên dưới.

### Các cuộc hẹn:

Truy cập ngày, giờ, địa điểm thăm khám và lý do hẹn thăm khám.

Khả năng đặt lịch, lên lịch lại và hủy bỏ các cuộc hẹn.

### Thuốc men:

Truy cập thông tin thuốc kê đơn hiện tại.

Khả năng yêu cầu hoặc hủy bỏ sung thuốc.

**Kết quả Xét nghiệm:** (Bao gồm nhưng không giới hạn ở các kết quả xét nghiệm trong phòng xét nghiệm, X-quang và giải phẫu bệnh)

Truy cập để yêu cầu kết quả xét nghiệm.

Truy cập để nhận kết quả xét nghiệm.

### Thông tin Tài chính:

Truy cập thông tin thanh toán.

Khả năng thực hiện thanh toán hoặc thu xếp việc thanh toán.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký & Ngày                      Mối quan hệ: \_\_\_\_\_