



**Sở Y Tế Công Cộng Thành Phố và  
Quận San Francisco**  
DỊCH VỤ SỨC KHỎE HÀNH VI

Tên Họ:	_____
Họ,	Tên
Ngày Sinh:	_____
Số BIS (nếu biết):	_____

**Trao Đổi Thông Tin trong Mạng Lưới Care Quality - Biểu Mẫu Ngừng Tham Gia/Hủy Bỏ**

Biểu mẫu này được sử dụng để quý vị cho biết không muốn tiếp tục tham gia trong hoạt động chia sẻ thông tin bảo mật bằng phương thức điện tử giữa Dịch Vụ Sức Khỏe Hành Vi và các nhà cung cấp dịch vụ điều trị khác tham gia chăm sóc cho quý vị. Quý vị cũng có thể sử dụng biểu mẫu này để hủy bỏ một quyết định ngừng tham gia trước đây. Vui lòng đọc kỹ thông tin sau đây trước khi gửi biểu mẫu này.

**Trao Đổi Thông Tin trong Mạng Lưới Care Quality là gì?** Mạng Lưới Care Quality là một cách bảo mật để chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị bằng phương thức điện tử với phòng mạch bác sĩ, bệnh viện, phòng thí nghiệm và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác được cho phép.

**Chia sẻ thông tin có lợi ích gì?** Lợi ích của việc cho phép chia sẻ thông tin điện tử là đảm bảo rằng các nhà cung cấp tham gia chăm sóc cho quý vị có được những thông tin đầy đủ và cập nhật nhất khi điều phối và ra quyết định với quý vị về vấn đề chăm sóc cho quý vị.

**Những thông tin nào được chia sẻ?** Thông tin Sức Khỏe Hành Vi có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở: các thành viên trong nhóm chăm sóc tình trạng dị ứng, kết quả xét nghiệm hiện tại và trước đây và ngày tương tác với nhân viên y tế.

**Những thông tin nào không được chia sẻ?** Nội dung các ghi chép và đánh giá do nhà cung cấp dịch vụ điều trị BHS của quý vị ghi lại hoặc những thông tin yêu cầu phải có sự cho phép cụ thể của quý vị mới được tiết lộ theo luật liên bang, trong đó có thông tin Điều Trị Rối Loạn Sử Dụng Chất Kích Thích.

**Những ai có thể xem hồ sơ của tôi?** Chỉ những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có tham gia điều trị cho quý vị và có quyền truy cập cụ thể vào Mạng Lưới Quality Care mới có thể xem hồ sơ của quý vị.

**Việc ngừng tham gia có để lại rủi ro gì không?** Có. Việc chia sẻ thông tin có mục đích là cho phép các nhà cung cấp của quý vị chia sẻ thông tin sức khỏe thể chất và hành vi của quý vị được nhanh chóng hơn. Khi quý vị ngừng tham gia trao đổi thông tin, các nhà cung cấp của quý vị sẽ có ít thông tin hơn về quý vị khi ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị.

**Tôi không muốn Tham Gia. Làm thế nào để Ngừng Tham Gia?** Thông tin sức khỏe của quý vị sẽ được hiển thị cho các nhà cung cấp dịch vụ của quý vị, trừ khi quý vị hoàn thành biểu mẫu này và gửi fax về DPH BHS HIM theo số điện thoại (628) 206-7517. Vui lòng cho chúng tôi năm(5) ngày làm việc để chúng tôi xử lý yêu cầu đó. Lựa chọn ngừng tham gia của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc. Quý vị có thể thay đổi quyết định về việc có tham gia hay không vào bất cứ lúc nào.

**Ngừng Tham Gia:** Tôi không muốn chia sẻ thông tin Sức Khỏe Hành Vi của mình với nhà cung cấp dịch vụ điều trị khác.

**Hủy Ngừng Tham Gia:** Tôi hủy quyết định ngừng tham gia trước đây của tôi. Tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ điều trị khác của tôi truy cập thông tin Sức Khỏe Hành Vi của tôi.

Chữ Ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

khách hàng/phụ huynh/người giám hộ/người đại diện khác theo pháp luật

Mối quan hệ nếu người ký không phải là khách hàng: \_\_\_\_\_

*Lưu ý: Quy định của liên bang và tiểu bang cho phép các nhà cung cấp chăm sóc cho quý vị được chia sẻ thông tin sức khỏe hành vi và thể chất của quý vị với nhau bằng lời nói và dưới dạng văn bản. Để biết thêm thông tin về việc thông tin chăm sóc sức khỏe của quý vị được chia sẻ ra sao cũng như quyền hạn của quý vị, vui lòng tham khảo "Thông Báo về Thông Lệ Quyền Riêng Tư". Quý vị đã ký xác nhận đã nhận Thông Báo này vào ngày đầu tiên mà quý vị nhận dịch vụ tại DPH. Quý vị có thể yêu cầu nhà cung cấp của quý vị cung cấp một bản sao.*