



# Authorization to Disclose or Request Protected Health Information

(HIPAA Compliant Authorization Form)  
(Vietnamese/Tiếng Việt)

**Giấy Cho Phép Tiết Lộ Hoặc Hỏi Han Các Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Mật.**

I, \_\_\_\_\_  
*Name of Patient (Please Print)* \_\_\_\_\_ *Patient's Date of Birth (mm/dd/yy)* \_\_\_\_\_ *Patient's Phone Number* \_\_\_\_\_

of \_\_\_\_\_  
*Patient's Address* \_\_\_\_\_

hereby authorize the following Service Provider:

County Agency/Program/Office: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

Tôi, \_\_\_\_\_  
*Tên bệnh nhân (Xin viết chữ in)* \_\_\_\_\_ *Ngày sinh (tháng/ngày/năm)* \_\_\_\_\_ *Điện thoại* \_\_\_\_\_

hiện ngụ tại \_\_\_\_\_  
*Địa chỉ bệnh nhân* \_\_\_\_\_

dưới đây cho phép Nhà Cung Cấp Dịch Vụ tên:

Cơ quan/Phòng/Ban của Quận: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_

1. To  **disclose** individually identifiable health information to and/or  **receive** information on my behalf from:

\_\_\_\_\_  
*Supervisor/County Official* \_\_\_\_\_ *Name* \_\_\_\_\_

1. Được  **tiết lộ** thông tin sức khỏe có thể giúp nhận diện cá nhân cho và/hoặc  **nhận** thông tin thay cho tôi từ:

\_\_\_\_\_ hoặc người được chỉ định \_\_\_\_\_  
*Giám thị/Giới chức của Quận* \_\_\_\_\_ *Tên* \_\_\_\_\_

2. The following specific information is authorized: \_\_\_\_\_

2. Các thông tin cụ thể sau đây được cho phép: \_\_\_\_\_

3. This authorization is in effect for the period of time from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
*(Date or Event)* \_\_\_\_\_ *(Date or Event)* \_\_\_\_\_

3. Sự cho phép này có hiệu lực trong khoảng thời gian từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_  
*(Ngày hoặc Dịp)* \_\_\_\_\_ *(Ngày hoặc Dịp)* \_\_\_\_\_

4. This authorization allows the indicated service provider to share the specified information for:

- A single use or disclosure available at the time of authorization  
 On-going use or disclosure for the time period identified in Item 3

4. Giấy phép này cho nhà cung cấp dịch vụ vừa nêu tên được chia sẻ thông tin kể trên để:

- Một lần sử dụng hoặc tiết lộ duy nhất thông tin sẵn có vào lúc cho phép  
 Sử dụng hoặc tiết lộ liên tục trong khoảng thời gian được ghi ở Mục 3

5. The information will be used/disclosed for the following purpose(s): \_\_\_\_\_

5. Thông tin sẽ được sử dụng/tiết lộ vì (các) mục đích sau đây: \_\_\_\_\_

6. The source records for information disclosure:

ARE protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2) because the records contain information on prior, current, or planned substance abuse treatment. If these records are protected by regulation 42 CFR Part 2, I understand the recipient is prohibited from making any further disclosure of this information unless expressly permitted by my written authorization, except as otherwise permitted within the regulation. 42 CFR Part 2 also restricts any use of this information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

ARE NOT protected by federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (42 CFR Part 2). If these records are not protected by 42 CFR Part 2, I understand the Federal Privacy Rule (45 CFR Part 160 and 164, HIPAA) requires I be advised that information used or disclosed based on this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal HIPAA regulations.

6. Các hồ sơ gốc cho việc tiết lộ thông tin:

ĐƯỢC bảo vệ bởi các luật lệ liên bang như đã được qui định trong tài liệu Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (còn gọi tắt là 42 CFR Phần 2) vì các hồ sơ này có các thông tin về trị liệu ma túy trước đây, bây giờ, hay dự định trong tương lai. Nếu các hồ sơ này được bảo vệ bởi tài liệu 42 CFR Phần 2, tôi hiểu rằng người nhận hồ sơ bị cấm tiết lộ thông tin đó cho thêm một người nào khác, trừ phi có sự cho phép rõ ràng của tôi trên giấy tờ, hoặc trừ phi qui định trong tài liệu đó có cho phép khác đi. Tài liệu 42 CFR Phần 2 cũng cấm dùng các thông tin này để điều tra hoặc truy tố hình sự bất cứ bệnh nhân nào có quá trình lạm dụng rượu chè hoặc ma túy.

KHÔNG ĐƯỢC bảo vệ bởi các luật lệ liên bang như đã được qui định trong tài liệu Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records (còn gọi tắt là 42 CFR Phần 2). Nếu các hồ sơ này không được bảo vệ bởi tài liệu 42 CFR Phần 2, tôi hiểu rằng quy định Federal Privacy Rule (còn gọi tắt là 45 CFR Phần 160 và 164, HIPAA) buộc người ta phải báo cho tôi biết rằng thông tin sử dụng hoặc tiết lộ dựa trên giấy phép này có thể được tiết lộ thêm cho nơi khác và sẽ không còn được bảo vệ bởi quy định HIPAA của Liên bang.

7. I understand that:

- Service providers using or disclosing information based on this authorization are to share the minimum necessary amount of the specified information to accomplish the purpose of the disclosure identified in Item 5.
- Fairfax County will not condition the provision of services related to treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my decision to sign this authorization.
- I may revoke (or cancel) this authorization at any time by submitting a written statement of revocation to the service provider whose address is provided above, except to the extent that the identified service provider already has taken action based on this authorization.
- I have a right to request and receive a Notice of Privacy Practices from Fairfax County.
- The information to be released has been fully explained to me and this authorization is given of my own free will.

7. Tôi hiểu rằng:

- Các nhà cung cấp dịch vụ sử dụng hoặc tiết lộ thông tin dựa trên giấy phép này chỉ được chia sẻ số lượng thông tin tối thiểu cần thiết để hoàn thành mục tiêu của sự tiết lộ như đã được xác định ở Mục 5.
- Quận Fairfax sẽ không đặt điều kiện nào liên quan đến trị liệu, chi trả, tham gia, hoặc xét hợp lệ để nhận quyền lợi cho quyết định của tôi khi ký giấy phép này.
- Tôi có thể rút lại (hay hủy bỏ) giấy phép này bất kỳ lúc nào bằng cách nộp một giấy xin rút lại cho nhà cung cấp dịch vụ có địa chỉ ghi bên trên, nhưng tôi không thể rút lại những gì mà nhà cung cấp dịch vụ nêu trên đã hành động trước đó, dựa vào giấy phép này.
- Tôi có quyền yêu cầu và được nhận một Thông Báo Về Cách Bảo Vệ Quyền Riêng Tư (Notice of Privacy Practices) của quận Fairfax.
- Thông tin được phổ biến đã được giải thích đầy đủ cho tôi và tôi hoàn toàn được tự do khi ký giấy phép này.

8. Please send or communicate the authorized information to the following address, phone number or fax number:

\_\_\_\_\_

8. Xin gửi hoặc chuyển thông tin được cho phép đến địa chỉ, số điện thoại hoặc số fax dưới đây:

\_\_\_\_\_

Resident of Fairfax County Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Chữ ký của cư dân Quận Fairfax: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Relationship to patient:  Self  Parent of Minor Child  Guardian  Legally Authorized Representative

Quan hệ với bệnh nhân:  Chính bệnh nhân  Bố hay mẹ của trẻ vị thành niên  Giám hộ  Đại diện hợp pháp