

SSG - ASIAN PACIFIC COUNSELING AND TREATMENT CENTERS
ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC CÔNG BỐ
THÔNG TIN SỨC KHỎE BẢO MẬT

CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ LIÊN QUAN ĐẾN ỦY QUYỀN NÀY:

Quyền Nhận Bản Sao của Ủy Quyền - Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý ký Ủy Quyền này, điều mà tôi không bắt buộc phải làm, tôi phải được cung cấp một bản sao có chữ ký của mẫu này.

Quyền Thu Hồi Ủy Quyền - Tôi hiểu rằng tôi có quyền thu hồi Ủy Quyền này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản gửi tới SSG-APCTC. Tôi có thể sử dụng mẫu Thu Hồi Ủy Quyền ở phía dưới của mẫu này và gửi thư hoặc chuyển giấy thu hồi đến:

Người Liên Hệ

Tên Cơ Quan

Địa Chỉ

Thành Phố, Mã số ZIP Tiểu Bang

Tôi đồng thời hiểu rằng việc thu hồi sẽ không ảnh hưởng đến khả năng SSG-APCTC hoặc bất kỳ người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào sử dụng hoặc công bố thông tin sức khỏe vì các lý do liên quan đến các mục đã đề cập trước đó trong Ủy Quyền này hoặc được luật pháp cho phép.

Điều kiện: Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký Ủy Quyền này mà không ảnh hưởng đến khả năng nhận được điều trị của tôi. Tuy nhiên, SSG-APCTC có thể quyết định cung cấp điều trị liên quan đến nghiên cứu với điều kiện nhận được ủy quyền để sử dụng hoặc công bố thông tin sức khỏe bảo mật để phục vụ cho điều trị liên quan đến nghiên cứu đó. (Nói cách khác, nếu Ủy Quyền này liên quan đến nghiên cứu có bao gồm điều trị, quý vị sẽ không nhận được điều trị đó trừ khi quý vị ký mẫu Ủy Quyền này.)

Tôi đã xem xét và hiểu nội dung của mẫu Ủy Quyền này. Bằng cách ký Ủy Quyền này, tôi khẳng định rằng nó phản ánh đúng nguyện vọng của tôi..

x

x

Chữ Ký của Khách Hàng/ Người Đại Diện Pháp Lý

Ngày

Nếu được ký bởi một người khác không phải là khách hàng, nêu rõ mối quan hệ và sự ủy quyền:

x

THU HỒI ỦY QUYỀN

Tên Khách Hàng

Chữ Ký của Khách Hàng/ Người Đại Diện

Ngày

Nếu được ký bởi người khác không phải là khách hàng, viết tên in hoa và nêu rõ mối quan hệ và sự ủy quyền.

Tên In Hoa: _____

Mối Quan Hệ và Sự Ủy Quyền: _____