

# Y Tế Công Cộng - Seattle và Quận King

## THÔNG BÁO QUY ĐỊNH BẢO MẬT

Xác nhận đã được thông báo - Xin ký tên dưới đây

HIPAA đòi hỏi chúng tôi phải cho quý vị biết về mẫu Thông Báo Quy Định Bảo Mật. Chúng tôi yêu cầu quý vị ký tên và đề ngày ký mẫu này. **Khi quý vị ký tên, quý vị đồng ý rằng mình đã được cho một bản sao của Thông Báo Quy Định Bảo Mật. Đây không có nghĩa rằng quý vị phải hoàn toàn đồng ý với thông báo.**

Thường thường cha mẹ ký tên cho các con vị thành niên (dưới 18 tuổi). Có một ngoại lệ khi trẻ vị thành niên cần các dịch vụ sau đây: kế hoạch hóa gia đình, thử nghiệm/điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục, điều trị ngoại trú về sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và ma túy. Theo luật tiểu bang, trẻ vị thành niên có thể đồng ý điều trị một cách riêng tư cho các dịch vụ này. Khi điều này xảy ra, trẻ vị thành niên sẽ được yêu cầu tự ký tên vào mẫu này cho mình.

Để biết thêm thông tin, xin đọc Thông Báo Quy Định Bảo Mật kèm theo.

*Người ký tên dưới đây đã nhận được Thông báo Quy Định Bảo Mật của Sở Y Tế Công Cộng Seattle - Quận King.*

Chữ ký:

Ký

Ngày:   
(tháng/ngày/năm)

Liên hệ với  
Bệnh Nhân:

# Y Tế Công Cộng - Seattle và Quận King

## ĐỒNG Ý TRẢ HOÁ ĐƠN VÀ ĐIỀU TRỊ Xác nhận đã được thông báo - Xin ký tên dưới đây

**Phát Hành Các Quyền Lợi và Thông Tin:** Tôi cho phép bảo hiểm của tôi trả trực tiếp cho các nhà cung cấp y tế. Tôi chịu trách nhiệm trả phần còn lại sau khi bảo hiểm đã trả. Tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế hoặc Công Ty Bảo Hiểm phát hành bất kỳ thông tin nào cần thiết. Tôi xác nhận rằng các thông tin mà tôi cung cấp là chính xác, theo sự hiểu biết của tôi.

**Chấp Thuận Điều Trị:** Tôi cho phép Y Tế Công Cộng - Seattle & Quận King thực hiện các điều trị chuyên nghiệp y khoa / nha khoa cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho tôi. Trong trường hợp bệnh nhân là một vị thành niên (13-17 tuổi) yêu cầu dịch vụ y tế / nha khoa tổng quát, vị thành niên đó có sự chấp thuận của tôi để được chăm sóc và điều trị trong sự vắng mặt của tôi.

*Người ký tên dưới đây đã nhận được Thông báo Quy Định Bảo Mật của Sở Y Tế Công Cộng Seattle - Quận King.*

Chữ ký:

Ký

Ngày:   
(tháng/ngày/năm)

Liên hệ với  
Bệnh Nhân: