



CÁC DỊCH VỤ VỀ RƯỢU BIA, MA TÚY & SỨC KHỎE TÂM THẦN
MANUEL JIMENEZ, MA, MFT, GIÁM ĐỐC

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
Số Điện Thoại Miễn Phí: 1 (800) 779-0787
FAX: (510) 639-1346

CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN KÍN ĐÁO
(Xin quý vị vui lòng điền vào cả hai mặt của mẫu đơn này)

Họ	Tên	Tên Đệm Của Khách Hàng	Ngày Sinh
Địa Chỉ	Thành Phố	Số Zip	Số Điện Thoại Ban Ngày

Tôi, người ký tên dưới đây, theo đây cho phép tiết lộ thông tin kín đáo của tôi, gồm cả hồ sơ y khoa và tâm thần, từ:

Tên Của Nơi Chăm Sóc Sức Khỏe	Số Điện Thoại		
Địa Chỉ	Thành Phố/Tiểu Bang	Số Zip	Số FAX (nếu biết)

cho: ACBHCS – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

nhằm mục đích giải quyết yêu cầu về than phiền hoặc kháng cáo của tôi. Tôi cũng cho phép quý vị cung cấp thêm bản sao của những thông tin đó khi có yêu cầu.

Việc cho phép này còn lệ thuộc vào những giới hạn sau đây (chọn một):

- Tất cả những hồ sơ y khoa
- Giới hạn vào những hồ sơ liên quan đến việc trị liệu trong giai đoạn từ _____ đến _____
- Giới hạn vào những hồ sơ liên quan đến việc nhập viện và điều trị về chứng bệnh hoặc vết thương sau đây: _____
- Giới hạn vào những thông tin được nêu rõ sau đây: _____

~TRANG SAU~



Thỏa thuận này có thể bị người ký tên dưới đây hủy bỏ bất cứ lúc nào ngoại trừ trường hợp nếu hành động đó đã được thực hiện dựa vào thỏa thuận này, và nếu không bị hủy bỏ trước, thỏa thuận này sẽ chấm dứt sau sáu (6) tháng tính từ ngày ghi trên thỏa thuận này. Người ký tên có thể hủy bỏ việc tiết lộ này bằng cách viết thư hoặc bằng lời nói để thông báo cho văn phòng Trợ Giúp Khách Hàng.

Chữ Ký của Khách Hàng, Người Giám Hộ Pháp Lý, Đại Diện (Khoanh một) Ngày

Chữ Ký của Nhân Chứng Ngày

Cấm (những) người tiếp nhận không được tiết lộ thông tin từ hồ sơ y khoa trừ khi đã được bao hàm sẵn trong mục đích tiết lộ.