COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Hướng dẫn điền Giấy đồng ý cho điều trị và điều phối chăm sóc của SAPC

Giấy đồng ý này dùng để cho phép bằng văn bản việc cung cấp và trao đổi thông tin sức khỏe của quý vị, gồm thông tin được bảo vệ theo **42 CFR Part 2** (thông tin về rối loạn sử dụng chất). Thông tin được trao đổi giữa các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho quý vị trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC, và được cung cấp cho các đơn vị hoặc cá nhân bên ngoài nêu trong giấy đồng ý này. Việc cung cấp và trao đổi được thực hiện theo yêu cầu của quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền, nhằm điều trị và điều phối chăm sóc cho người nhận dịch vụ. Với thông tin về rối loạn sử dụng chất (SUD), mục đích đồng ý và tiết lộ phải đáp ứng các yêu cầu của **42 CFR Part 2** và mọi luật Liên bang, Tiểu bang hiện hành có liên quan. Quý vị tự nguyện cho phép và có thể từ chối ký. Vui lòng dành chút thời gian đọc hướng dẫn dưới đây.

Đọc kỹ từng mục

Giấy này có các mục giải thích:

- **Những thông tin** có thể được chia sẻ
- **Ai** có thể gửi và nhận thông tin
- **Lý do** chia sẻ thông tin
- **Thời hạn có hiệu lực** của sự cho phép
- **Quyền** rút lại hoặc giới hạn sự cho phép cung cấp thông tin

Vui lòng **đọc và xem lại từng mục** thật kỹ trước khi ký.

Nêu rõ những thông tin có thể được cung cấp

Quý vị có thể giới hạn loại hoặc lượng thông tin được cung cấp. Quý vị có thể cho phép cung cấp:

- Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của quý vị, **hoặc**
- Nêu rõ thông tin quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ

Ai có thể chia sẻ và nhận thông tin của quý vị

Quý vị phải nêu rõ những bên mà quý vị cho phép chia sẻ thông tin. Các bên này có thể gồm:

- Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ hoặc các cơ quan của SAPC; **hoặc**
- Các nhà cung cấp dịch vụ điều trị được chọn trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ hoặc các cơ quan của SAPC; **hoặc**
- Một hay nhiều đơn vị/cá nhân hoặc bên trung gian ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ hoặc các cơ quan của SAPC

Vui lòng xem Mục II “Các bên được phép chia sẻ thông tin sức khỏe”.

Xem lại các quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Part 2

Giấy này nêu các quyền của quý vị theo luật Liên bang và Tiểu bang. Quý vị có quyền:

- **Từ chối ký** giấy cho phép này
- **Rút lại** sự cho phép bất cứ lúc nào, bằng văn bản hoặc trực tiếp
- **Nhận một bản sao** giấy đồng ý đã điền đầy đủ
- **Giới hạn** những thông tin được chia sẻ
- **Được bảo vệ tính bảo mật**, kể cả việc giới hạn tiết lộ lại thông tin

Vui lòng xem Mục IV “Thông tin quan trọng khác” và Mục VI “Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin” để biết thêm về các quyền của quý vị theo HIPAA và 42 CFR Part 2.

Thời hạn có hiệu lực của sự cho phép

Giấy đồng ý này sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày ký, trừ khi quý vị ghi ngày hết hiệu lực khác vào chỗ dành sẵn hoặc rút lại sự đồng ý.
Quý vị có thể ghi ngày hết hiệu lực sớm hơn hoặc muộn hơn một năm kể từ ngày ký. Nếu quý vị không ghi ngày hết hiệu lực, nhà cung cấp dịch vụ sẽ ghi ngày tròn một năm kể từ ngày ký giấy đồng ý.

Vui lòng xem Mục IV “Thông tin quan trọng khác” và Mục VII “Rút lại sự đồng ý” để biết thêm về các quyền liên quan đến sự cho phép của quý vị.

Rút lại sự cho phép

Quý vị có thể rút lại sự cho phép bất cứ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản hoặc trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ hay chương trình đang điều trị cho quý vị. Nếu quý vị rút lại sự đồng ý trước ngày hết hiệu lực, giấy này sẽ được xem là đã bị rút lại. Việc rút lại **không** thể hủy việc chia sẻ thông tin đã diễn ra trước khi thông báo rút lại được tiếp nhận.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký mục rút lại sự đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục V "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Vui lòng xem Mục IV "Thông tin quan trọng khác" và Mục VII "Rút lại sự đồng ý" để biết thêm về cách rút lại sự cho phép.

Trao đổi điện tử và bảo mật

Mọi việc tiết lộ thông tin, kể cả bằng phương thức điện tử, đều phải tuân thủ:

- Các yêu cầu của **HIPAA**
- **42 CFR Part 2**
- **Các luật bảo mật** hiện hành khác của Liên bang và Tiểu bang

Ký tên và ghi ngày vào giấy

Chữ ký của quý vị xác nhận rằng:

- Quý vị **hiểu** thông tin trên giấy
- Quý vị **cho phép cung cấp những thông tin** được nêu
- Quý vị **hiểu các quyền của mình** theo HIPAA và 42 CFR Part 2

Nếu ký với tư cách **người đại diện hợp pháp**, quý vị phải nêu rõ thẩm quyền ký của mình. Ví dụ: cha mẹ, người giám hộ hợp pháp, người bảo hộ, người được chỉ định quản lý di sản, người được ủy quyền và/hoặc thân nhân gần nhất. Quý vị phải cung cấp thêm giấy tờ để chứng minh thẩm quyền hoặc mối quan hệ này.

Nếu ký với tư cách người làm chứng cho việc ký bằng dấu, vui lòng điền thông tin của quý vị vào mục tương ứng.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký giấy đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục V "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Nộp lại giấy đã điền đầy đủ

Nộp giấy đã ký cho nhà cung cấp dịch vụ, chương trình hoặc cơ quan chịu trách nhiệm xử lý yêu cầu của quý vị. Quý vị có thể xin một bản sao để lưu giữ.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT LẠM DỤNG CHẤT

GIẤY ĐỒNG Ý CHO PHÉP CUNG CẤP THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ RỐI LOẠN SỬ DỤNG CHẤT ĐỂ ĐIỀU TRỊ VÀ ĐIỀU PHỐI CHĂM SÓC

Mục đích đồng ý và tiết lộ: Giấy đồng ý này cho phép cung cấp thông tin sức khỏe về rối loạn sử dụng chất (SUD) được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 giữa các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho người nhận dịch vụ trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC, và cho các đơn vị hoặc cá nhân bên ngoài nêu trong giấy đồng ý này. Việc cung cấp được thực hiện theo yêu cầu của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện được ủy quyền, nhằm điều trị và điều phối chăm sóc cho người nhận dịch vụ. Hãy chọn một hoặc cả hai ô dưới đây để cho biết quý vị cho phép chia sẻ thông tin giữa các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho mình trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC, hay giữa mạng lưới này và một hay nhiều đơn vị/cá nhân hoặc bên trung gian ở bên ngoài:

☐ Trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC ☐ Ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC

Lựa chọn ở mục này phải khớp với lựa chọn tại Mục II. Các bên được phép chia sẻ thông tin sức khỏe.

I. THÔNG TIN NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ		
Họ tên (Họ, Tên, Tên đệm):	Ngày sinh:	Số Medi-Cal:
Địa chỉ email: Khi cung cấp địa chỉ email, quý vị cho phép SAPC và Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC liên hệ với quý vị qua email.	Số điện thoại:	4 số cuối của SSN:
Địa chỉ:		Mã số Sage:

II. CÁC BÊN ĐƯỢC PHÉP CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Theo yêu cầu này, tôi cho phép các nhà cung cấp dịch vụ hiện đang, trước đây đã và sau này sẽ điều trị cho tôi trao đổi thông tin sức khỏe về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 của tôi với các đơn vị nêu dưới đây, nhằm điều trị và điều phối chăm sóc cho tôi.

Chọn một hoặc nhiều lựa chọn dưới đây. Trong các lựa chọn "Trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC", chỉ được chọn một. Các lựa chọn dưới đây phải khớp với lựa chọn ở phần đầu giấy này.

☐ **Toàn bộ Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC:** Với tất cả nhà cung cấp dịch vụ điều trị trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC. Nếu chỉ chọn ô này, hãy chuyển đến Mục III. Phạm vi tiết lộ.

☐ **Các cơ quan cung cấp dịch vụ SAPC được chọn:** Với các nhà cung cấp dịch vụ điều trị được chọn trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC, được nêu dưới đây.

☐ **Ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC:** Với các đơn vị/cá nhân hoặc bên trung gian ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC, được nêu dưới đây.

Dùng các chỗ trống dưới đây để ghi thông tin liên hệ của các nhà cung cấp dịch vụ được chọn trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC và/hoặc các đơn vị bên ngoài mà quý vị cho phép nhận thông tin được bảo vệ về SUD của mình. Nếu cần thêm chỗ, hãy dùng tài liệu "Danh sách bổ sung các cá nhân/đơn vị được phép nhận hoặc cung cấp thông tin (ROI)" để liệt kê thêm các đơn vị và đính kèm vào cuối giấy đồng ý này.

1. Tên đơn vị: _____

   Địa chỉ: _____

   Điện thoại: _____ Fax: _____

   Email: _____ Trang web: _____

2. Tên đơn vị: _____

   Địa chỉ: _____

   Điện thoại: _____ Fax: _____

   Email: _____ Trang web: _____

3. Tên đơn vị: _____

   Địa chỉ: _____

   Điện thoại: _____ Fax: _____

   Email: _____ Trang web: _____

III. PHẠM VI TIẾT LỘ

Tôi cho phép các đơn vị nêu ở Mục II chia sẻ thông tin sức khỏe được bảo vệ được chỉ rõ dưới đây.
Chọn một trong các lựa chọn dưới đây.

☐ Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của tôi

☐ Khác: _____

Nêu rõ thông tin quý vị cho phép sử dụng và tiết lộ.

IV. THÔNG TIN QUAN TRỌNG KHÁC

Khi ký giấy đồng ý này, tôi hiểu rằng:

- **Thời hạn của sự đồng ý –** Giấy đồng ý này sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày ký, trừ khi có ngày hết hiệu lực khác được ghi trên dòng dưới đây hoặc sự đồng ý bị rút lại.

  Tôi đồng ý để giấy này hết hiệu lực vào ngày:

  _____/_____/_____.
  Tháng Ngày Năm

- Hồ sơ điều trị liên quan đến rượu và/hoặc ma túy của tôi được bảo vệ theo quy định Liên bang về Bảo mật và Hồ sơ Bệnh nhân Lạm dụng Ma túy, 42 C.F.R. Part 2, và Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Khả năng Chuyển đổi Bảo hiểm Y tế năm 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Parts 160 & 164. Không được tiết lộ các hồ sơ này nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, trừ khi các quy định cho phép.
- Tôi có quyền nhận một bản sao giấy đồng ý này. Bản sao có giá trị như bản gốc.
- **Thông tin về việc tiết lộ lại –** Thông tin điều trị liên quan đến rượu hoặc ma túy đã được tiết lộ cho đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc đối tác kinh doanh có thể được tiết lộ lại trong phạm vi mà quy định HIPAA cho phép.
- **Giới hạn việc tiết lộ lại –** Thông tin đã tiết lộ không được tiết lộ lại để dùng trong thủ tục dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp chống lại người nhận dịch vụ, trừ khi có thêm một giấy đồng ý chỉ dành riêng cho mục đích đó và đáp ứng 42 C.F.R. Part 2. Việc tiết lộ cho mục đích pháp lý cần có sự đồng ý riêng.
- Tôi hiểu rằng thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy đồng ý này có thể được bên nhận tiết lộ lại và không còn được 42 C.F.R. Part 2 bảo vệ.
- Tôi có quyền rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào, bằng văn bản hoặc trực tiếp với nhà cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất cho tôi. Tuy nhiên, việc rút lại không áp dụng đối với những việc mà nhà cung cấp hoặc bên nắm giữ thông tin hợp pháp khác đã thực hiện dựa trên sự đồng ý đó. Tôi có thể dùng mục Rút lại sự đồng ý trên giấy này để chấm dứt sự đồng ý bằng văn bản. Khi nhận được yêu cầu rút lại, nhà cung cấp dịch vụ hoặc SAPC sẽ hủy sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng thông tin đã tiết lộ trước khi rút lại sự đồng ý không thể thu hồi; các bên đã nhận thông tin cũng không phải trả lại hoặc hủy bỏ thông tin đó.

V. CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP

Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận đã đọc giấy đồng ý và hiểu rằng chữ ký của tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như được nêu trên giấy này. Tôi hiểu việc ký là tự nguyện và tôi có quyền từ chối ký.

Họ tên và chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được, họ có thể dùng một dấu thay cho chữ ký trên dòng ký tên. Việc ký bằng dấu cần có hai người làm chứng. Một người làm chứng phải ghi tên người nhận dịch vụ vào dòng dành cho tên của người đó; ghi rõ tên mình vào một trong hai dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" và ký vào các chỗ dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải ghi tên mình vào dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" còn lại và ký vào chỗ còn lại để xác nhận việc người nhận dịch vụ ký bằng dấu.

_____	_____	_____ / _____ / _____
Ghi rõ họ tên bằng chữ in (Tên, Tên đệm, Họ)	Chữ ký	Tháng / Ngày / Năm

Nếu người đại diện hợp pháp ký, hãy ghi mối quan hệ và thẩm quyền ký:

_____

Họ tên và chữ ký của người làm chứng:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được và đã dùng một dấu thay cho chữ ký ở trên, thì hai người làm chứng phải điền phần dành cho người làm chứng bằng cách ghi rõ họ tên và ký bên dưới.

1. _____	2. _____
Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)	Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)
_____	_____
Chữ ký	Chữ ký

VI. THÔNG BÁO KÈM THEO KHI TIẾT LỘ THÔNG TIN

Hồ sơ này được tiết lộ cho quý vị và được bảo vệ theo quy định bảo mật của Liên bang (42 CFR part 2). Các quy định này cấm quý vị sử dụng hoặc tiết lộ hồ sơ này, hay lời khai mô tả thông tin trong hồ sơ, trong bất kỳ thủ tục dân sự, hình sự, hành chính hoặc lập pháp nào do cơ quan Liên bang, Tiểu bang hoặc địa phương tiến hành chống lại bệnh nhân, nếu không có sự đồng ý của bệnh nhân. Ngoại lệ là các trường hợp được quy định tại 42 CFR 2.12(c)(5) hoặc được tòa án cho phép theo 42 CFR 2.64 hoặc 2.65. Ngoài ra, quy định Liên bang cấm mọi việc sử dụng hoặc tiết lộ khác đối với hồ sơ này, trừ khi đáp ứng ít nhất một điều kiện sau:

(i) Người có thông tin được tiết lộ trong hồ sơ này đã đồng ý rõ ràng bằng văn bản cho phép tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ thông tin, hoặc việc đó được 42 CFR part 2 cho phép.

(ii) Quý vị là một đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc là một đối tác kinh doanh và đã nhận hồ sơ để điều trị, thanh toán hoặc thực hiện hoạt động chăm sóc sức khỏe; hoặc

(iii) Quý vị đã nhận hồ sơ từ một đơn vị thuộc phạm vi điều chỉnh của HIPAA hoặc một đối tác kinh doanh theo quy định tại 45 CFR part 164, tiểu phần A và E.

Giấy cho phép chung về việc cung cấp thông tin y tế hoặc thông tin khác KHÔNG đáp ứng đủ các yêu cầu của sự đồng ý bằng văn bản để tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ lại hồ sơ (xem 42 CFR 2.31).

VII. RÚT LẠI SỰ ĐỒNG Ý

Tôi có quyền rút lại giấy đồng ý này bất cứ lúc nào bằng cách điền mục này và gửi yêu cầu Rút lại sự đồng ý qua bưu điện hoặc nộp trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ điều trị cho tôi. Tuy nhiên, việc rút lại không áp dụng đối với những việc mà nhà cung cấp hoặc bên nắm giữ thông tin hợp pháp khác đã thực hiện dựa trên sự đồng ý đó.

Địa chỉ cơ quan cung cấp dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất:

Tên tổ chức: _____

Địa chỉ đường phố (Dòng 1): _____

Địa chỉ (Dòng 2: Số căn hộ/Số phòng/Số nhà): _____

Thành phố, tiểu bang, mã bưu chính: _____

Khi nhận được yêu cầu Rút lại sự đồng ý của tôi, nhà cung cấp dịch vụ sẽ hủy sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai. Thông tin đã tiết lộ trước khi nhận được yêu cầu rút lại không thể thu hồi.

Khi ký tên dưới đây, tôi rút lại sự đồng ý đối với việc cung cấp thông tin trong tương lai. Tôi hiểu rằng không thể hủy bỏ hay thu hồi thông tin đã tiết lộ trước khi yêu cầu rút lại này được tiếp nhận.

Họ tên và chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp:
Nếu người nhận dịch vụ không viết được, họ có thể dùng một dấu thay cho chữ ký trên dòng ký tên. Việc ký bằng dấu cần có hai người làm chứng. Một người làm chứng phải ghi tên người nhận dịch vụ vào dòng dành cho tên của người đó; ghi rõ tên mình vào một trong hai dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" và ký vào chỗ dành cho người làm chứng bên dưới. Người làm chứng thứ hai phải ghi tên mình vào dòng "Họ tên bằng chữ in của người làm chứng" còn lại và ký vào chỗ còn lại để xác nhận việc người nhận dịch vụ ký bằng dấu.

_____	_____	_____ / _____ / _____
Ghi rõ họ tên bằng chữ in (Tên, Tên đệm, Họ)	Chữ ký	Tháng / Ngày / Năm

Nếu người đại diện hợp pháp ký, hãy ghi mối quan hệ và thẩm quyền ký:

_____

Họ tên và chữ ký của người làm chứng:

Nếu người nhận dịch vụ không viết được và đã dùng một dấu thay cho chữ ký ở trên, thì hai người làm chứng phải điền phần dành cho người làm chứng bằng cách ghi rõ họ tên và ký bên dưới.

1. _____
Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)

_____
Chữ ký

2. _____
Họ tên bằng chữ in của người làm chứng (Tên, Tên đệm, Họ)

_____
Chữ ký

Người nhận dịch vụ đã nộp trực tiếp cho SAPC Giấy đồng ý cung cấp thông tin có thể gửi giấy Rút lại sự đồng ý đã điền đầy đủ qua email bảo mật hoặc bưu điện đến địa chỉ dưới đây. Phải gửi kèm bản sao giấy tờ tùy thân chính thức do chính phủ cấp để xác minh yêu cầu là hợp lệ.

Địa chỉ nhận thư của SAPC
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Địa chỉ email:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Lưu ý: SAPC sẽ không xử lý yêu cầu rút lại từ người nhận dịch vụ không hoàn tất Giấy đồng ý cho phép cung cấp thông tin trực tiếp với SAPC, hoặc yêu cầu không kèm bản sao giấy tờ tùy thân hợp lệ do chính phủ cấp.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Cách điền Giấy đồng ý cho điều trị và điều phối chăm sóc của SAPC

Mục đích đồng ý và tiết lộ (Phần đầu giấy)

Mục này xác định **thông tin về SUD của quý vị có thể được chia sẻ với ai**. Hãy bảo đảm lựa chọn ở đây **khớp với Mục II**.

Bước 1 — Đọc nội dung về mục đích.

1. Nội dung này giải thích rằng giấy cho phép cung cấp thông tin về SUD được bảo vệ theo 42 CFR Part 2 **"nhằm điều trị và điều phối chăm sóc cho người nhận dịch vụ"**.

Bước 2 — Chọn một hoặc nhiều lựa chọn

1. Chọn một hoặc cả hai ô:
    a. **Trong Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC** Chọn nếu quý vị muốn thông tin chỉ được chia sẻ giữa các nhà cung cấp dịch vụ SUD có hợp đồng với SAPC.
    b. **Ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC** Chọn nếu quý vị muốn chia sẻ thông tin với các đơn vị bên ngoài (ví dụ: chăm sóc chính, sức khỏe tâm thần, quản chế, một bệnh viện cụ thể, chính quý vị, v.v.).

Mục I — Thông tin người nhận dịch vụ

Điền thông tin cá nhân để SAPC và các nhà cung cấp dịch vụ xác định đúng hồ sơ của quý vị.

1. **Họ tên:** Ghi đầy đủ họ tên theo giấy tờ pháp lý (Họ, Tên, Tên đệm).
2. **Ngày sinh:** Dùng định dạng MM/DD/YYYY (tháng/ngày/năm).
3. **Số Medi-Cal:** Ghi số Medi-Cal của quý vị, nếu có.
4. **Địa chỉ email:** Ghi địa chỉ email quý vị thường xuyên kiểm tra.
5. **Số điện thoại:** Số dễ liên lạc với quý vị nhất.
6. **4 số cuối của SSN:** Chỉ ghi bốn số cuối của Số An sinh Xã hội. Nếu quý vị không có SSN hoặc không biết số của mình, hãy để trống.
7. **Địa chỉ:** Địa chỉ nhận thư hiện tại của quý vị.
8. **Mã số Sage:** Ghi số hồ sơ y tế Sage EHR của quý vị, nếu biết. Nếu không biết, hãy để trống hoặc hỏi nhà cung cấp dịch vụ.

Mục II — Các bên được phép chia sẻ thông tin sức khỏe

Mục này xác định **ai có thể trao đổi thông tin về SUD của quý vị** dựa trên các lựa chọn của quý vị.

Bước 1 — Chọn một hoặc nhiều lựa chọn

Chọn các lựa chọn phù hợp với nhu cầu của quý vị:

1. **Toàn bộ Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC**
    a. Chọn nếu quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ của mình có thể trao đổi dữ liệu với toàn bộ mạng lưới nhà cung cấp dịch vụ SUD của SAPC, để phối hợp đầy đủ việc chăm sóc cho quý vị giữa các cơ quan.
    b. Nếu chỉ đánh dấu ô này, quý vị có thể chuyển đến Mục III.
2. **Các cơ quan cung cấp dịch vụ SAPC được chọn**
    a. Chọn nếu quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ SUD của mình chỉ được trao đổi thông tin với một số nhà cung cấp dịch vụ SAPC khác do quý vị chọn.
    b. Quý vị cần cung cấp các thông tin cụ thể được yêu cầu về từng nhà cung cấp dịch vụ SAPC mà quý vị muốn yêu cầu hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe với họ.
3. **Ngoài Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC**
    a. Chọn nếu quý vị muốn chia sẻ thông tin với các đơn vị bên ngoài (ví dụ: Sở Sức khỏe Tâm thần, Sở Dịch vụ Y tế, bác sĩ chăm sóc chính của quý vị, bệnh viện, trường học, v.v.).
    b. Quý vị cần cung cấp các thông tin cụ thể được yêu cầu về từng đơn vị mà quý vị muốn yêu cầu hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe với họ.

Bước 2 — Điền thông tin về các đơn vị (nếu áp dụng)

Với mỗi nhà cung cấp dịch vụ SAPC hoặc đơn vị bên ngoài mà quý vị cho phép, hãy điền:

- **Tên đơn vị** (tên đầy đủ, không viết tắt)
- **Địa chỉ** (địa chỉ nhận thư đầy đủ)
- **Số điện thoại** (kèm mã vùng)
- **Số fax** (nếu biết)
- **Email** (nếu biết)
- **Trang web** (không bắt buộc)

Bước 3 — Thêm trang nếu cần

Nếu có hơn ba đơn vị, hãy điền tài liệu "Danh sách bổ sung các cá nhân/đơn vị được phép nhận hoặc cung cấp thông tin (ROI)" để liệt kê thêm các đơn vị và đính kèm vào cuối giấy đồng ý này.

Mục III — Phạm vi tiết lộ

Mục này xác định **những thông tin** có thể được sử dụng hoặc tiết lộ.

Bước 1 — Chọn một lựa chọn

- ☐ **Toàn bộ hồ sơ sức khỏe của tôi** Chọn ô này nếu quý vị muốn toàn bộ hồ sơ về SUD của mình được dùng để Điều phối Chăm sóc.
- ☐ **Khác:** Chọn ô này nếu quý vị muốn giới hạn những thông tin được chia sẻ.

Bước 2 — Nếu chọn "Khác", hãy nêu chính xác những thông tin có thể được tiết lộ

Nêu càng cụ thể càng tốt để các nhà cung cấp dịch vụ biết những thông tin nào được phép.

Ví dụ:

- "Chỉ các ngày điều trị"
- "Chỉ kết quả đánh giá và chẩn đoán"
- "Danh sách thuốc"
- "Giấy tờ xác nhận tham gia chương trình"
- "Chỉ báo cáo tiến triển"

Mục IV — Thông tin quan trọng khác

Hãy đọc kỹ từng phần.

- **Thời hạn:** Giấy đồng ý này sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày ký, trừ khi có ngày hết hiệu lực khác được ghi hoặc sự đồng ý bị rút lại. Nếu muốn giấy hết hiệu lực sớm hơn hoặc muộn hơn một năm kể từ ngày ký, hãy ghi ngày vào chỗ dành sẵn. Nếu quý vị không ghi ngày hết hiệu lực, nhà cung cấp dịch vụ sẽ ghi ngày tròn một năm kể từ ngày ký giấy đồng ý.
- **Biện pháp bảo vệ:** Hồ sơ của quý vị được bảo vệ theo luật liên bang, gồm **42 CFR Part 2 và HIPAA**.
- **Quyền không ký:** Quý vị có thể từ chối ký, nhưng khi đó **hồ sơ của quý vị sẽ không được cung cấp**.
- **Quyền nhận bản sao:** Quý vị có thể yêu cầu một bản sao giấy đồng ý đã ký.
- **Tiết lộ lại:** Theo HIPAA, cơ quan nhận thông tin có thể tiết lộ lại một số thông tin của quý vị trong những trường hợp giới hạn.
- **Bảo vệ về pháp lý:** Thông tin của quý vị không được dùng trong thủ tục pháp lý nếu không có sự đồng ý riêng.
- **Quyền rút lại:** Quý vị có thể rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào. Thông tin đã chia sẻ không thể thu hồi.

Mục V — Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp

Đây là phần quý vị chính thức cho phép cung cấp thông tin.

1. **Ghi rõ họ tên bằng chữ in:** Họ tên đầy đủ theo giấy tờ pháp lý.
2. **Chữ ký:** Ký tên của quý vị.
    a. Nếu không viết được, quý vị có thể dùng một dấu thay cho chữ ký.
    b. Nếu ký bằng dấu, **hai người làm chứng** phải điền phần dành cho người làm chứng.
3. **Ngày:** Ghi ngày ký.
4. **Nếu người đại diện hợp pháp ký:**
    a. Ghi mối quan hệ (ví dụ: cha mẹ, người giám hộ, v.v.).

b. Ghi thẩm quyền (ví dụ: lệnh của tòa án, quyền bảo hộ, v.v.).

5. **Phần người làm chứng *(chỉ khi người nhận dịch vụ ký bằng dấu, hoặc là người chưa thành niên cần sự đồng ý của cha mẹ/người giám hộ hay người đại diện hợp pháp)***
   Hai người làm chứng phải:
   - Ghi rõ họ tên bằng chữ in, dễ đọc
   - Ký tên

Nếu **người đại diện hợp pháp** ký, họ phải ghi mối quan hệ và thẩm quyền pháp lý của mình. Nếu người nhận dịch vụ **ký bằng dấu**, hai người làm chứng phải ghi rõ họ tên và ký.

Nếu việc tư vấn hoặc điều trị SUD cho người chưa thành niên cần có sự đồng ý của cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp, thì cả người chưa thành niên **và** cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp đều phải ký giấy đồng ý. Cha mẹ, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp phải ghi rõ họ tên bằng chữ in, ký tên và ghi ngày trên dòng chữ ký đầu tiên ở Mục V "Chữ ký của người nhận dịch vụ hoặc người đại diện hợp pháp". Họ phải ghi mối quan hệ với người nhận dịch vụ trên dòng ngay bên dưới. Người chưa thành niên phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký vào ô chữ ký người làm chứng thứ nhất.

Mục VI — Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin

Đây là thông báo bảo mật bắt buộc theo 42 CFR Part 2, sẽ được gửi kèm thông tin của quý vị. Quý vị không cần viết gì trong mục này. Thông báo kèm theo khi tiết lộ thông tin là thông báo bảo mật đi cùng hồ sơ được cung cấp theo sự cho phép qua việc ký giấy này. Thông báo bảo mật này cho bên nhận biết rằng các hồ sơ họ nhận được đều được bảo vệ theo luật bảo mật của Tiểu bang và Liên bang, và không được chia sẻ với các đơn vị chưa được cho phép trong giấy đồng ý này.

Mục VII — Rút lại sự đồng ý

Chỉ điền mục này **khi quý vị muốn rút lại sự đồng ý (tức là vào một thời điểm trong tương lai).**

Bước 1 — Thông tin nhà cung cấp dịch vụ

Điền các thông tin sau của nhà cung cấp dịch vụ điều trị:

- **Tên tổ chức**
- **Địa chỉ nhận thư đầy đủ**

Bước 2 — Chữ ký rút lại sự đồng ý

1. **Ghi rõ họ tên của quý vị**
2. **Ký tên (hoặc dùng dấu thay chữ ký).**
3. **Ghi ngày rút lại sự đồng ý (MM/DD/YYYY – tháng/ngày/năm)**
4. Nếu **người đại diện hợp pháp** ký, hãy **ghi mối quan hệ và thẩm quyền** ký
5. Nếu nộp trực tiếp cho SAPC, hãy **gửi kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp** để xác minh danh tính

Bước 3 — Người làm chứng (nếu ký bằng dấu, hoặc người nhận dịch vụ là người chưa thành niên cần sự đồng ý của cha mẹ/người giám hộ hay người đại diện hợp pháp)

Hai người làm chứng, hoặc người chưa thành niên, phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký tên.

Bước 4 — Nộp yêu cầu rút lại sự đồng ý

Nếu trước đây quý vị đã nộp giấy đồng ý trực tiếp cho SAPC, quý vị có thể gửi yêu cầu rút lại:

- **Qua email bảo mật** đến SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (phải kèm bản sao giấy tờ tùy thân do chính phủ cấp)
- **Qua bưu điện** đến địa chỉ SAPC ghi trên giấy đồng ý

Vui lòng gửi yêu cầu rút lại cho nhà cung cấp dịch vụ, cơ quan hoặc SAPC theo hướng dẫn trên giấy đồng ý.

Định nghĩa bổ sung

Sự cho phép / Sự đồng ý

Văn bản có chữ ký, đáp ứng mọi yêu cầu của 42 CFR Part 2, bao gồm:

- Mục đích tiết lộ
- Ai có thể tiết lộ
- Ai có thể nhận

- Những thông tin có thể được chia sẻ
- Thời hạn có hiệu lực
- Chữ ký và ngày ký

Mỗi giấy cung cấp thông tin (ROI) của SAPC được thiết kế để đáp ứng các yêu cầu này cho mục đích riêng của giấy đó.

Điều phối chăm sóc

Việc trao đổi và phối hợp giữa các nhà cung cấp dịch vụ để hỗ trợ điều trị, giới thiệu chuyển tiếp dịch vụ, quản lý trường hợp và duy trì chăm sóc liên tục cho người nhận dịch vụ.

Người nhận dịch vụ

Người đang nhận dịch vụ điều trị rối loạn sử dụng chất (SUD). Đây là người có thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có thể được chia sẻ khi họ ký giấy cung cấp thông tin (ROI).

Đơn vị

Bất kỳ tổ chức, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ, tòa án, luật sư hoặc cá nhân nào được phép nhận hoặc tiết lộ thông tin về SUD. Ví dụ: nhà cung cấp dịch vụ của SAPC, DHCS, chương trình chăm sóc có quản lý, tòa án, cơ quan quản chế, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính.

Thủ tục pháp lý

Bất kỳ thủ tục hình sự, dân sự, hành chính hoặc lập pháp nào mà thông tin về SUD có thể được yêu cầu hoặc được dùng để chống lại người nhận dịch vụ. Ví dụ: phiên điều trần tại tòa, quản chế, vụ việc phúc lợi trẻ em, phiên điều trần quyết định quyền hưởng trợ cấp An sinh Xã hội.

Người đại diện hợp pháp

Người được pháp luật cho phép quyết định thay cho người nhận dịch vụ. Ví dụ:

- Người bảo hộ do tòa án chỉ định
- Người giám hộ hợp pháp
- Cha mẹ của người chưa thành niên. Họ chỉ được ký giấy ROI khi có giấy tờ chứng minh thẩm quyền pháp lý.

Tiêu chuẩn thông tin tối thiểu cần thiết

Theo định nghĩa của HIPAA, chỉ được chia sẻ lượng thông tin ít nhất cần có để thực hiện mục đích của sự đồng ý.

Thanh toán và hoạt động chăm sóc sức khỏe

Các công việc hành chính cần thiết để lập hóa đơn, thanh toán hoặc quản lý dịch vụ SUD, bao gồm:

- Lập hóa đơn Medi-Cal
- Kiểm tra điều kiện được hưởng dịch vụ
- Xem xét việc sử dụng dịch vụ
- Cải thiện chất lượng
- Kiểm toán và xem xét việc tuân thủ

Tiết lộ lại

Bất kỳ việc chia sẻ thông tin về SUD nào sau lần tiết lộ đầu tiên. Theo 42 CFR Part 2, việc tiết lộ lại **được phép**, trừ trường hợp phục vụ thủ tục pháp lý.

Rút lại sự đồng ý

Người nhận dịch vụ có quyền rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào. Việc rút lại không thể hủy việc tiết lộ đã diễn ra khi sự đồng ý còn hiệu lực. Phải rút lại bằng văn bản hoặc bằng cách điền mục rút lại sự đồng ý trên giấy ROI.

Bên thanh toán thứ ba

Bất kỳ bên nào ngoài chính người nhận dịch vụ có trách nhiệm thanh toán hoặc hoàn trả chi phí dịch vụ SUD. Ví dụ: Medi-Cal, DHCS, chương trình chăm sóc có quản lý, bảo hiểm tư nhân.

Nhà cung cấp dịch vụ điều trị / Mạng lưới Nhà cung cấp Dịch vụ của SAPC

Bất kỳ chương trình điều trị SUD nào có hợp đồng với SAPC của Quận Los Angeles, gồm chương trình ngoại trú, điều trị tại cơ sở lưu trú, OTP, kiểm soát triệu chứng cai và hỗ trợ phục hồi.

Người làm chứng

Người chứng kiến người nhận dịch vụ ký giấy ROI **bằng dấu** (khi người nhận dịch vụ không thể tự viết chữ ký). Hai (2) người làm chứng phải ghi rõ họ tên bằng chữ in và ký tên thì dấu đó mới được coi là hợp lệ.