



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東北醫療中心

1033 Clement St., San Francisco, CA 94118

Tel: (415) 391-9686 | Fax: (415) 352-5103

Medical Records Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN:

Name:

Date of Birth:

Email:

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Completion of this document authorizes the use or disclosure of health information about you.  
Hoàn thành tài liệu này sẽ cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị.

### I AUTHORIZE | TÔI CHO PHÉP

### TO DISCLOSE TO | TIẾT LỘ THÔNG TIN VỚI

Name of Disclosing Party | Tên Của Bên Tiết Lộ

Name of Recipient | Tên Của Bên Nhận

Address/Email Address/Fax Number  
Địa Chỉ/Địa Chỉ Email/Số Fax

Address/Email Address/Fax Number  
Địa Chỉ/Địa Chỉ Email/Số Fax

City | Thành Phố State | Bang Zip Code | Mã Zip

City | Thành Phố State | Bang Zip Code | Mã Zip

### SPECIFY THE HEALTH INFORMATION FOR DATES OF SERVICE:

### ĐIỀN CHI TIẾT THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ NGÀY SỬ DỤNG DỊCH VỤ

From | Từ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month | Tháng Day | Ngày Year | Năm

To | Đến: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month | Tháng Day | Ngày Year | Năm

By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following:

Bằng việc đánh dấu vào (các) ô dưới đây, tôi đặc biệt cho phép tiết lộ những thông tin sau:

- |                                                                                     |                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Complete Medical Information<br>Toàn Bộ Thông Tin Sức Khỏe | <input type="checkbox"/> Radiology Reports (CT, MRI, X-Rays, etc.)<br>Báo Cáo X-Quang (CT, MRI, X-Quang, v.v.) |
| <input type="checkbox"/> Immunizations<br>Chích Ngừa                                | <input type="checkbox"/> Office Visit Notes<br>Ghi Chú Khám Bệnh Ngoại Trú                                     |
| <input type="checkbox"/> Lab/Pathology Reports<br>Báo Cáo Xét Nghiệm/Bệnh Lý        | <input type="checkbox"/> Other<br>Khác: _____                                                                  |

Protected classes of information By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following:

Các loại thông tin được bảo vệ : Bằng việc đánh dấu vào (các) ô dưới đây, tôi đặc biệt cho phép tiết lộ những thông tin sau:

- |                                                                                                                                             |                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Drug and Alcohol Abuse Diagnosis or Treatment Records<br>Chẩn Đoán Lạm Dụng Ma Túy Và Rượu Hoặc Hồ Sơ Điều Trị     | <input type="checkbox"/> HIV Test Results<br>Kết Quả Xét Nghiệm HIV     |
| <input type="checkbox"/> Gender Affirming, Abortion/Contraception Services<br>Chuyển Giới, Dịch Vụ Phá thai/Tránh Thai                      | <input type="checkbox"/> Psychotherapy Notes<br>Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý |
| <input type="checkbox"/> Genetic Testing Results<br>Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền                                                            |                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Mental/Behavioral Health Diagnosis or Treatment Records<br>Chẩn Đoán Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi Hoặc Hồ Sơ Điều Trị |                                                                         |

**REQUESTED FORMAT - Please select one:**

**HÌNH THỨC TIẾT LỘ – Vui lòng chọn một:**

- Email (encrypted)       Email (unencrypted)\*\*       Patient Portal       Fax

Email (được mã hóa)      Email (không mã hóa)\*\*      Cổng Thông Tin Bệnh Nhân

- Sharing of PHI (to authorize exchange between the organizations/persons listed above.)

Chia Sẻ của PHI (cho phép trao đổi thông tin giữa các tổ chức/người được nêu trên.)

**Paper**       Paper: Pick-up      OR

**Giấy:**      Giấy: Tự đến lấy      HOẶC

- Paper: Mail (\$0.25/page fees may apply)

Giấy: Gửi qua bưu tín (Có thể sẽ áp dụng phí gửi \$0.25/trang)

**\*\*Note:** Sending information over unencrypted email is not secure and increases risks that your information could be intercepted, viewed, copied, or shared by an unauthorized third party. By selecting the "Email (unencrypted)" option, I acknowledge that NEMS has warned me of the risks, and I still prefer and give permission to NEMS to send the requested records through unencrypted e-mail.\*\* If you are requesting information to be sent to yourself or to a third party under your right of access to your health information, you may choose unencrypted email. If this authorization request is from a third party, NEMS must send the information in a secure manner.

**\*\*Ghi chú:** Gửi thông tin qua email không được mã hóa là không an toàn và sẽ tăng nguy cơ thông tin của quý vị có thể bị một bên thứ ba chặn, xem, sao chép, hoặc chia sẻ trái phép. Khi chọn phương án "Email (không mã hóa)", tôi xác nhận rằng NEMS đã cảnh báo tôi về các rủi ro, và tôi vẫn chọn và cho phép NEMS gửi các hồ sơ được yêu cầu thông qua e-mail không mã hóa. \*\* Nếu quý vị đang yêu cầu thông tin được gửi tới quý vị hoặc tới một bên thứ ba theo quyền truy cập vào thông tin y tế của quý vị, quý vị có thể chọn email không mã hóa. Nếu yêu cầu ủy quyền này đến từ bên thứ ba, NEMS phải gửi thông tin một cách an toàn.

**The release of the above-specified information is for the purpose of**

**Việc tiết lộ thông tin nêu trên nhằm mục đích**

- Patient/Legal Representative Request       Disability Eligibility  
Yêu Cầu Của Phụ Huynh/Đại Diện Hợp Pháp      Hội Đủ Điều Kiện Về Khuyết Tật

- Continuity of Care  
Chăm Sóc Liên Tục

- Continuing Medical Care by NEMS Provider:  
Chăm Sóc Y Tế Liên Tục Bởi Nhà Cung Cấp NEMS: \_\_\_\_\_

- Other  
Khác: \_\_\_\_\_

**DURATION:** This authorization will be effective on the date of my signature and will remain in effect for one (1) year from the date of signature unless a different date is specified here \_\_\_\_\_ .

**THỜI HẠN:** Giấy cho phép này có hiệu lực từ ngày ký và sẽ có hiệu lực trong \_\_\_\_\_ (Date | Ngày) một (1) năm trừ khi có một ngày khác được ghi rõ dưới đây

**REVOCAATION:** I understand that I may revoke this authorization at any time by writing to NEMS Member Services Department 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. My revocation will be effective upon receipt but will not apply to any information that was disclosed based on this authorization before the revocation is received.

**THU HỒI:** Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thư tới Phòng Dịch vụ Thành viên NEMS 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. Việc thu hồi sự cho phép của tôi sẽ có hiệu lực kể từ khi nhận được thư nhưng sẽ không được áp dụng với bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ với sự cho phép này từ trước khi nhận được thư yêu cầu thu hồi.

**REDISCLASURE:** I understand that once my health information is disclosed, it may no longer be protected by the federal regulations governing the privacy and security of health information.

**TIẾT LỘ LẠI:** Tôi hiểu rằng một khi thông tin y tế của tôi đã được tiết lộ, nó có thể không còn được bảo vệ bởi các quy định liên bang quy định về quyền riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe.

**MY RIGHTS:** I understand that I may refuse to sign this authorization and NEMS may not condition my treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization, except where disclosure is necessary for treatment or eligibility for health care benefits. I understand that I may request a copy of this authorization.

**QUYỀN CỦA TÔI:** Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký giấy cho phép này và NEMS không được phép gây ảnh hưởng đến việc điều trị, thanh toán, đăng ký tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc tính hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của tôi từ quyết định ký giấy cho phép này của tôi, ngoại trừ trường hợp việc tiết lộ là cần thiết cho việc điều trị hoặc để hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu cấp một bản sao của giấy cho phép này.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative\*  
Chữ Ký của Nhân Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Name of Legal Representative  
Tên của Người Đại Diện Hợp Pháp

\_\_\_\_\_  
Relationship of Legal Representative  
Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)  
Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký tên)

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

STAFF USE ONLY: (please initial if applicable)

Form Assisted by: \_\_\_\_\_ Faxed by: \_\_\_\_\_ Record Released by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver's license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, cancer, and genetic characteristics), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

#### NEMS:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS Member Services Department at 415-391-9686 ext. 8160.

#### How to file a grievance with NEMS

If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with NEMS Member Services. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call 415-391-9686 ext. 8160
- **By mail:** Call us at 415-391-9686 ext. 8160 and ask to have a form sent to you.
- **In Person:** Visit the NEMS Member Services Department.

You may also contact the NEMS Civil Rights Coordinator

Attn: NEMS Section 1557 Coordinator  
North East Medical Services  
1520 Stockton Street  
San Francisco, CA 94133  
NEMSSection1557@nems.org

#### How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

This notice is available at: [nems.org](http://nems.org)

**Spanish ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor.

**Chinese 注意:** 如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 或與您的提供者討論。

**Vietnamese LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 415-391-9686 ext. 8160 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

**Korean 주의:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

**Persian توجه:** کمک رایگان خدمات، کنیدی صحبت فارسی زبان به اگر ارائه برای مناسب کمکی خدمات و ها کمک همچنین، شماست دسترس در زبانی با است دسترس در رایگان صورت به دسترس قابل های قالب در اطلاعات تماس (415-391-9686 داخلی 8160 (TTY: 1-800-735-2929) کتید صحبت خود دهنده ارائه با یا بگیرد.

**Japanese 注:** 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

**Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները Նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 415-391-9686 ext. 8160 հեռախոսահամարով (TTY` 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

**Arabic تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 415-391-9686 ext. 8160 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

**Thai หมายเหตุ:** หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

**Tagalog PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librenang serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider.

**Punjabi ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਮੁਫਤ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।"

**Hindi ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

**Hmong LUS CEEV TSHWJ XEEB:** Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkaug cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

**Khmer សូមកម្មវិធីសេវា:** ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចភ្នែកមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

**Russian ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг.