



School of Dental Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO ANSCHUTZ MEDICAL CAMPUS

Cho phép Tiết lộ Thông tin Nha khoa

University of Colorado School of Dental Medicine (Trường Y Nha khoa của Đại học Colorado) sẽ cung cấp bản sao hồ sơ nha khoa khi được yêu cầu bằng văn bản và được bệnh nhân thanh toán. Hồ sơ được phát hành phù hợp với những điều sau đây:

- Giấy yêu cầu **PHẢI** được bệnh nhân ký tên và ghi ngày tháng. Việc sử dụng biểu mẫu này là không bắt buộc nhưng sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc xử lý các yêu cầu.
Các biểu mẫu phải được gửi qua email tới: SDMRecords@ucdenver.edu hoặc gửi qua đường bưu điện đến CU School of Dental Medicine-13065 East 17th Avenue, Aurora, CO 80045-c/o Patient Records Department (Phòng Hồ sơ Bệnh nhân).
- Phí áp dụng phải được nhận trước khi xử lý yêu cầu
- Yêu cầu có thể mất đến 7 ngày để được xử lý, sau khi nhận được (các) yêu cầu hoàn chỉnh và các khoản phí áp dụng.
- Một mẫu giấy tờ tùy thân sẽ được yêu cầu tại thời điểm nhận hồ sơ. Nếu một người nào đó không phải bệnh nhân sẽ đến lấy hồ sơ, một bản tuyên bố bằng văn bản và có chữ ký của bệnh nhân xác định người đó là ai và giấy tờ tùy thân là cần thiết.

Tên bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____
Thông tin về nơi gửi hồ sơ (tên bác sĩ, bệnh viện, người, cơ quan hoặc tổ chức)
Tên: _____ Số Điện thoại: _____
Địa chỉ: _____
Email (đối với hồ sơ kỹ thuật số): _____

(Các) mục đích hoặc nhu cầu sử dụng thông tin:

☐ Chuyển giao Chăm sóc ☐ Ý kiến Thứ hai ☐ Khác (mô tả) _____

Thông tin/hồ sơ được yêu cầu

Phí

(Séc được trả cho University of Colorado School of Dental Medicine (Trường Y Nha khoa Đại học Colorado))

<input type="checkbox"/> Ghi chú về tiến trình điều trị	<input type="checkbox"/> \$0,00 cho bản kỹ thuật số	<input type="checkbox"/> \$10,00 cho bản in
<input type="checkbox"/> Kế hoạch điều trị gần đây nhất	<input type="checkbox"/> \$0,00 cho bản kỹ thuật số	<input type="checkbox"/> \$10,00 cho bản in
<input type="checkbox"/> Tất cả các bản chụp X-quang hiện tại	<input type="checkbox"/> \$0,00 cho bản kỹ thuật số	<input type="checkbox"/> \$20,00 cho bản in

☐ Cone BEAM CT (Chụp cắt lớp hình nón):

(kỹ thuật số/email KHÔNG khả dụng)

☐ \$30,00 cho mỗi yêu cầu

☐ \$5 để gửi qua đường bưu điện

Ủy quyền: Tôi yêu cầu và cho phép University of Colorado School of Dental Medicine (Trường Y Nha khoa Đại học Colorado) tiết lộ thông tin được chỉ định ở trên cho tổ chức, cơ quan hoặc cá nhân có tên theo yêu cầu này. Tôi hiểu rằng trừ khi tôi có chỉ đạo khác bằng VĂN BẢN, thông tin được tiết lộ có thể bao gồm thông tin về (các) điều kiện sau đây nếu có; tình trạng tâm lý hoặc tâm thần; thiếu máu hồng cầu hình lưỡi liềm, lạm dụng thuốc, nghiện rượu hoặc lạm dụng rượu. Tôi xác nhận rằng yêu cầu này đã được thực hiện một cách tự nguyện và thông tin được cung cấp ở trên là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi ủy quyền này bất kỳ lúc nào, ngoại trừ trong trường hợp đã có hành động được thực hiện để tuân thủ theo đó. Việc tiết lộ lại hồ sơ nha khoa của tôi bởi những người nhận được thông tin được ủy quyền ở trên có thể không được thực hiện nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi. Sự đồng thuận này sẽ tự động hết hiệu lực khi Trường Nha khoa đáp ứng yêu cầu này.

Ngày _____ Chữ ký của Bệnh nhân/Người giám hộ _____