

UNIVERSITY OF MINNESOTA | SCHOOL OF DENTISTRY | TIẾT LỘ HỒ SƠ

BƯỚC 1: NHẬP THÔNG TIN BỆNH NHÂN:

Tên Bệnh Nhân (Họ, Tên và Chữ Cái Đầu của Tên Đệm):	Ngày Sinh (MM/DD/YYYY):
Điện Thoại:	Số Hồ Sơ:

BƯỚC 2: CHỌN DỊCH VỤ MONG MUỐN:

Chỉ Riêng Hồ Sơ  
Nha Khoa

Chỉ Riêng Thông Tin X-quang  
Răng Miệng

Hồ Sơ Nha Khoa Và Thông  
Tin X-Quang Răng Miệng

BƯỚC 3: NHẬP ĐỊA CHỈ QUÝ VỊ MUỐN GỬI THÔNG TIN ĐẾN: (Vui lòng chọn một)

<input type="checkbox"/> <b>GỬI BẰNG THƯ ĐẾN</b> (5-7 ngày làm việc): <b>\$15</b> Tên: _____ Địa chỉ: _____ Số phòng/Căn hộ: _____ Thành phố/Tiểu bang: _____ Mã ZIP: _____ Điện thoại: _____	<input type="checkbox"/> <b>GỬI EMAIL ĐẾN</b> (2-3 ngày làm việc): <b>KHÔNG MẤT PHÍ</b> Tên: _____ Email: _____ <input type="checkbox"/> <b>ĐẾN NHẬN</b> (5-7 ngày làm việc): <b>\$15</b> (Quầy Thông Tin Tầng 7 Thứ Hai - Thứ Sáu 10 giờ sáng - 12 giờ trưa, 2 giờ chiều - 4 giờ chiều)
--	---

BƯỚC 4: LÝ DO YÊU CẦU: \_\_\_\_\_

BƯỚC 5: KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY: (CHỮ KÝ BỆNH NHÂN HOẶC ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP)

Tôi hiểu rằng:

- Thông tin được tiết lộ có thể bao gồm các hồ sơ liên quan đến chăm sóc sức khỏe hành vi và/hoặc tâm thần, điều trị lạm dụng đồ uống có cồn và ma túy, HIV/AIDS và di truyền.
- Tôi có quyền rút lại ủy quyền này bằng văn bản vào bất kỳ lúc nào, trừ trường hợp thông tin đã được tiết lộ theo ủy quyền này. Tôi có thể rút lại ủy quyền này bằng cách gửi thông báo bằng văn bản tới: University of Minnesota School of Dentistry, ATTN: Privacy Officer, 8-434 Moos Health Sciences Tower, 515 Delaware Street, S.E., Minneapolis, MN 55455.
- Thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ theo ủy quyền này có thể bị người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được luật liên bang bảo vệ.
- Thông tin được phép tiết lộ có thể bao gồm các hồ sơ cho thấy sự hiện diện của bệnh truyền nhiễm hoặc không truyền nhiễm.
- Việc điều trị hoặc việc thanh toán cho dịch vụ điều trị của tôi không phụ thuộc vào việc ký vào giấy ủy quyền này.
- Giấy ủy quyền này sẽ hết hạn sau 1 năm kể từ ngày ký tên dưới đây.

Bằng cách ký tên bên dưới, quý vị đồng ý rằng quý vị hiểu và chấp nhận các điều khoản trên biểu mẫu này. Quý vị cho phép University of Minnesota School of Dentistry sao chép, lấy, gửi hồ sơ qua đường bưu điện hoặc điện tử cho bên được chỉ định ở trên.

CHỮ KÝ: _____	NGÀY: _____
---------------	-------------

BƯỚC 6: GỬI BIỂU MẪU TIẾT LỘ ĐÃ KÝ (VÀ KHOẢN THANH TOÁN NẾU ÁP DỤNG) THEO MỘT TRONG CÁC PHƯƠNG THỨC SAU:

GỬI THƯ:	FAX HOẶC EMAIL:	ĐẾN NHẬN:
University of Minnesota School of Dentistry 515 Delaware Street S.E. - Room 16-205E Minneapolis, MN 55455	Fax: 612-625-3227 E-Mail: dentxray@umn.edu	Moos Tower (School of Dentistry) Tầng 7 Quầy Thông Tin

THANH TOÁN QUA THƯ: chỉ dùng séc. THANH TOÁN QUA ĐIỆN THOẠI: (612-625-2495) chỉ dùng thẻ tín dụng.

THANH TOÁN TRỰC TIẾP: tiền mặt, séc hoặc thẻ tín dụng tại bất kỳ quầy lễ tân nào.

THANH TOÁN TRỰC TUYẾN: truy cập [dentistry.umn.edu/patients/pay](http://dentistry.umn.edu/patients/pay) để thanh toán qua cổng xử lý thanh toán an toàn của chúng tôi.

Quý vị có thắc mắc? Vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp của School of Dentistry theo số (612-625-2495)

Revised 08/27/2015