



**KAISER PERMANENTE®**

**YÊU CẦU ĐÍNH CHÍNH HOẶC SỬA ĐỔI THÔNG TIN Y TẾ KAISER PERMANENTE TẠI KHU VỰC NAM CALIFORNIA  
(REQUEST TO CORRECT OR AMEND KAISER PERMANENTE HEALTH INFORMATION NORTHERN CALIFORNIA REGION)**

MR #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Tôi nhận thấy thông tin chăm sóc sức khỏe sau đây trong hồ sơ y tế của tôi là không chính xác hoặc chưa đầy đủ, nên tôi yêu cầu đính chính hoặc sửa đổi thông tin đó.

Ngày lập hồ sơ: \_\_\_\_\_ Tên/địa điểm của nhà cung cấp: \_\_\_\_\_

Vui lòng cho biết thông tin nào không chính xác hoặc chưa hoàn chỉnh, cũng như thông tin nào nên được đưa vào để hồ sơ đầy đủ và chính xác. Yêu cầu đính chính áp dụng cho Hồ Sơ Bệnh Viện  hoặc Hồ Sơ Văn Phòng Y Tế  của tôi

Tôi hiểu rằng Kaiser Permanente sẽ xem xét yêu cầu đính chính hoặc sửa đổi hồ sơ của tôi và phản hồi trong vòng sáu mươi (60) ngày kể từ ngày nhận yêu cầu, trừ khi có trường hợp bất thường xảy ra.

Tôi hiểu rằng khi việc sửa đổi hoặc đính chính được thực hiện, nội dung gốc sẽ vẫn được giữ lại nhưng trong đó nêu rõ những nội dung đã sửa đổi.

Bằng việc đánh dấu vào ô  này, tôi yêu cầu thêm một phần phụ lục (đính kèm) vào hồ sơ y tế của tôi. Tôi hiểu rằng khi làm như vậy, phần phụ lục này sẽ được tiết lộ với mọi yêu cầu trong tương lai đối với hồ sơ của tôi.

Bằng cách đánh dấu vào ô  này, tôi yêu cầu bản sao của mọi chi tiết đính chính/sửa đổi phải được cung cấp cho tôi và những cá nhân/tổ chức có trong danh sách dưới đây mà tôi biết rằng trước đây, họ đã nhận được thông tin và có thể đã trông cậy vào thông tin đó.

Ngày

Chữ ký của bệnh nhân/người đại diện được ủy quyền

Mối quan hệ với bệnh nhân nếu ký thay bệnh nhân

Địa chỉ (Đường, Thành phố, Tiểu bang, Mã zip, Email). Nếu quý vị đã cung cấp email, quyết định cuối cùng sẽ được gửi về bằng email bảo mật.

Tên/thông tin liên hệ của cá nhân/tổ chức nhận thông tin sửa đổi:

**PHẦN NÀY DO NHÀ CUNG CẤP HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA KAISER PERMANENTE HOÀN TẤT VÀ GỬI VỀ CHO BỆNH NHÂN THEO ĐỊA CHỈ Ở TRÊN TRONG VÒNG SÁU MƯƠI (60) NGÀY.**

Yêu cầu đính chính/sửa đổi đã:  Được chấp thuận  Bị từ chối

Mô tả việc đính chính/sửa đổi:

Nếu bị từ chối, hãy đánh dấu lý do từ chối:

- Thông tin y tế hiện tại là chính xác và đầy đủ.
- Thông tin y tế này không phải do tổ chức này tạo.
- Yêu cầu này không thuộc phạm vi hồ sơ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.
- Yêu cầu không còn tồn tại hoặc không thể tìm thấy.

Tôi đã xem xét yêu cầu đính chính/sửa đổi này và đã đưa ra quyết định như được nêu ở trên.

Tên nhà cung cấp (chữ in hoa)

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Ngày





**KAISER PERMANENTE®**

**YÊU CẦU ĐÍNH CHÍNH HOẶC SỬA ĐỔI THÔNG TIN Y TẾ KAISER PERMANENTE TẠI KHU VỰC NAM CALIFORNIA  
(REQUEST TO CORRECT OR AMEND KAISER PERMANENTE HEALTH INFORMATION NORTHERN CALIFORNIA REGION)**

MR #: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Nếu nhà cung cấp của quý vị phê duyệt/chấp thuận yêu cầu của quý vị và quý vị đã đánh dấu vào ô yêu cầu nhận bản sao thông tin đính chính/sửa đổi, bản sao sẽ được gửi cho quý vị qua email hoặc đường bưu điện đến (các) địa chỉ như đã ghi nhận của quý vị trong vòng 60 ngày kể từ ngày hoàn tất đính chính.

Biểu mẫu hoàn chỉnh có chứa quyết định mà nhà cung cấp của quý vị đưa ra sẽ được gửi qua email hoặc đường bưu điện đến (các) địa chỉ như đã ghi nhận của quý vị trong vòng 60 ngày.

Nếu quý vị đã đánh dấu vào yêu cầu đính kèm văn bản phụ lục của quý vị vào hồ sơ của quý vị và quý vị đã cung cấp văn bản phụ lục đó kèm theo biểu mẫu này, phụ lục sẽ được đính kèm vào hồ sơ của quý vị trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhà cung cấp xem xét xong. Phụ lục và yêu cầu sửa đổi sẽ xuất hiện trong mọi trường hợp tiết lộ thông tin có liên quan của quý vị trong tương lai.

Nếu quý vị đã cung cấp tên và thông tin liên hệ của cá nhân/tổ chức mà quý vị muốn họ nhận bản sao thông tin đính chính của quý vị, chúng tôi sẽ gửi thông tin đó trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày nhà cung cấp của quý vị đưa ra quyết định cuối cùng, trong trường hợp yêu cầu sửa đổi được chấp thuận.

Nếu nhà cung cấp của quý vị từ chối yêu cầu của quý vị bởi vì thông tin hiện tại a) chính xác và đầy đủ, b) thông tin không phải do tổ chức này hoàn thành, c) thông tin không còn tồn tại, không thể tìm thấy hoặc d) không thuộc phạm vi hồ sơ chăm sóc sức khỏe của quý vị, nhưng quý vị không đồng ý với quyết định đó, thì quý vị có những lựa chọn sau:

1. Yêu cầu xem xét lại và kháng nghị quyết định từ chối, và/hoặc
2. Đưa vào trong hồ sơ y tế của quý vị một bản tuyên bố phản đối quyết định.

Quý vị có thể bắt đầu thực hiện theo hai lựa chọn này bằng cách gọi cho chúng tôi theo số: 1-800-464-4000.

Kaiser Permanente tôn trọng quyền của quý vị được nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị có điều gì thắc mắc, quan ngại hay muốn nộp đơn khiếu nại với chúng tôi, vui lòng liên lạc chúng tôi theo số 1-800-464-4000.

Quý vị cũng có quyền liên lạc với Bộ Dịch Vụ Y Tế Và Nhân sinh (Department of Health and Human Services) qua Văn Phòng Dân Quyền (Office for Civil Rights) theo số 1-800-368-1019.