

HUONG QUY, D.O.  
9559 Bolsa Ave., Suite D  
Westminster, CA 92683  
714-531-5754

PATIENT INFORMATION COMMUNICATION FORM

TỜ CHO PHÉP TIẾT LỘ DỮ KIẾN CỦA BỆNH NHÂN

Name / Tên:	Home Phone / Số điện thoại:
Address / Địa chỉ:	City/State/Zip- Thành phố / Tiểu bang / Mã số (vùng):
Family Members / Friends involved in My Care Bà con / Bạn bè mà sẽ Tham gia việc Điều trị của tôi.	
<input type="checkbox"/> Ok to disclose information about my care or treatment to my individual who states that they are a family member or friend. Tôi cho phép tiết lộ dữ kiện về sự chăm sóc và điều trị của tôi cho tất cả những người bà con và bạn bè của tôi.	
<input type="checkbox"/> Ok to disclose information about my care or treatment to only the following family members or friends ( check all that apply). Tôi chỉ cho phép tiết lộ dữ kiện về sự chăm sóc và điều trị của tôi cho những người bà con và bạn bè được đánh dấu dưới đây mà thôi.	
<input type="checkbox"/> Spouse / Vợ / Chồng <input type="checkbox"/> Any children / Tất cả con cái	
<input type="checkbox"/> Any parents / Bố mẹ <input type="checkbox"/> Any siblings / Tất cả anh chị em ruột	
<input type="checkbox"/> Other (specify by name and relationship) / Người khác (ghi tên và mối liên hệ dưới đây):	
<input type="checkbox"/> Do not disclose information about my care or treatment to any individual, regardless of relationship./ Chớ tiết lộ dữ kiện về sự chăm sóc và điều trị của tôi cho bất cứ người nào kể cả bà con và bạn bè	
Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices: Xác Nhận rằng đã Nhận được Tờ Thông Báo Thông lệ về Sự Riêng Tư:	
<input type="checkbox"/> I have received the Notice of Privacy. / Tôi có nhận được Tờ Thông Báo Thông Lệ về Sự riêng Tư:	
Signature / Chữ Ký: _____ Date/ Ngày Tháng: _____	
Patient/Responsible Party/ Bệnh nhân / Người chịu trách nhiệm	
Relationship, if other than Patient / Mối liên hệ, nếu người ký tên không phải là bệnh nhân <input type="checkbox"/> Spouse / Vợ/Chồng	
<input type="checkbox"/> Parent/ Bố Mẹ <input type="checkbox"/> children/ Con <input type="checkbox"/> Sibling/ Anh chị em ruột <input type="checkbox"/> Guardian/ Người giám hộ <input type="checkbox"/> Other (specify)/ Người khác (định rõ)	
<input type="checkbox"/> Patient refuses, or is unable, to acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices. Bệnh nhân từ chối, hoặc không thể nào, xác nhận rằng mình có nhận được Tờ Thông Lệ về Sự Riêng Tư.	
Employee Signature / Chữ ký của nhân viên:	Date/ Ngày Tháng: