BỆNH VIỆN UNM – TRUNG TÂM KHOA HỌC SỨC KHOẺ

GIẤY ỦY QUYỀN SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tên Bệnh nhân:_____ **Ngày Sinh** _____ **Số Bệnh lý**

_____

_____

Quý vị muốn nhận thông tin trên CD/DVD không? Có Không Quý vị muốn nhận phim/hình xạ học trên CD/DVD không? Có Không

Gửi đến: Tên

Địa chỉ: Số và tên đường Thành phố

Tiểu bang Mã bưu tín Số điện thoại Số điện thoại fax bác sĩ/phòng khám

Vì mục đích:

_____

_____ _____

_____ _____

1. 3. **<u>Tôi ủy quyền thêm</u> rằng việc tiết lộ thông tin sức khỏe này sẽ bao gồm thông tin liên quan tới (ghi tên tắt nếu áp dụng):**

(Hãy ghi tên tɔt và Ľánh đ^{n} u c^{u} nh tρ "Có" nΔu yêu c^{t} u gơi kΔt qu^{l} xét nghi^{M}m và/hoΊc hΩ s̯ b^{M}