

GIẤY ỦNG THUẬN CUNG CẤP HỒ SƠ BỆNH LÝ

(Consent to release of patient information)

Tôi, (tên) (họ), ngụ tại (địa chỉ hiện tại)
given names surname address current address

., trước kia ngụ tại
previously lived at

(địa chỉ cũ vào lúc được chữa bệnh)
previous address at the time of treatment

ngày sinh, cho phép (tên bệnh viện)
date of birth authorise name of the hospital

cung cấp cho (tên của cơ quan; tổ chức)
to release to name of organisation

tại địa chỉ
address

những chi tiết trong hồ sơ bệnh lý của tôi như nói rõ dưới đây,
information in my medical record as specified below for the
để nhằm vào mục đích
purpose of

ĐÁNH DẤU VÀO VI TRÍ THÍCH HỢP:
PLEASE TICK APPROPRIATE BOXES

- sự chẩn đoán bệnh trạng sau cùng (Final Diagnosis)
- tóm tắt bệnh trạng khi xuất viện (Discharge Summary)
- các chi tiết khác (ghi rõ) (Other purpose (specify))

Những chi tiết bệnh lý trên đây chỉ quan hệ đến bệnh viện
The above information pertains only to my contact with the

hospital on/between vào ngày/hoặc trong khoảng thời
period of time from
gian từ (ghi rõ khoảng thời gian)
(state period of time)

Ngày . . . tháng . . năm 19 . . (Giấy ủng thuận này chỉ có giá trị
Dated this day of This consent valid for three months from
trong vòng 3 tháng kể từ ngày trên đây)
the above date

Ký tên
signed

Người chứng Quan hệ
Witness Relationship

Địa chỉ và số điện thoại tại các nơi nêu trên hoàn toàn chính xác trong lúc bài này được viết. Tuy nhiên vì các chi tiết này thường thay đổi, muốn cho chắc chắn xin quý vị xem lại trong niên giám điện thoại.