**Đơn Xin Bổ Túc Hồ Sơ Sức Khoẻ**

Là bệnh nhân của Trại Y Tế St. Mary, quý vị có quyền yêu cầu bổ túc hồ sơ sức khoẻ của quý vị mà còn khiếm khuyết hay không chính xác. Nếu quý vị muốn bổ túc hồ sơ, quý vị phải điền đơn này và nộp lại cho SMLC, ATTN: Privacy Officer, 805 S. Northshore Dr., Knoxville, TN 37919. Nếu mà chúng tôi từ chối yêu cầu của quý vị, chúng tôi sẽ gởi thư báo giải thích tại sao chúng tôi lại từ chối. Quý vị có quyền đệ trình bản bất đồng ý kiến với sự từ chối của chúng tôi. Chúng tôi sẽ cất giữ bản đệ trình và yêu cầu sửa đổi vào hồ sơ của quý vị. Nếu chúng tôi tiếp tục không đồng ý với yêu cầu sửa đổi của quý vị, chúng tôi có thể đưa văn bản bác bỏ sự không đồng ý của quý vị vào hồ sơ của quý vị. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ cho quý vị biết bằng văn bản và gửi cho quý vị bản sao bác bỏ của chúng tôi.

|  |
| --- |
| **Thông Tin Bệnh Nhân** |
| Tên: | Hồ Sơ Sức Khoẻ số # or ID #: |
| Ngày Sinh: | Số Phone: | Ngày Yêu Cầu: |
| Địa Chỉ Hiện Tại: (No., Street, City, State, Zip Code) |
| **Đơn Bổ Túc** |
| 1. Ngày vào sổ bổ túc/sửa đổi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Loại vào sổ bổ túc/sửa đổi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Xin giải thích đâu là những vào sổ sai hay thiếu:
4. Đâu là những gì cần vào sổ cho đúng và hoàn tất:
5. Quý vị có muốn bổ túc này gởi đến những người mà quý vị có thể đã cho phép trong quá khứ không? □NO □YES

Nếu có, xin ghi từng tên và địa chỉ cơ quan hay cá nhân: |

**NHÌN NHẬN**

Bởi:

Tên(Viết Chữ Hoa) Chữ Kỹ Ngày

Nễu không phải là bệnh nhân, xin điền, ký và đề ngày dưới đây.

Bởi:

Tên(Viết Chữ Hoa) Chữ Kỹ Ngày

□Cha Mẹ của vị thành niên □Người Giám Quản □Người có Uỷ Quyền □Người thi hành di chúc □Khác \_\_\_