



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東北醫療中心

Attn: HIS Department

2171 Junipero Serra Blvd, Daly City, CA 94014

Tel: +1 (888) 500-1886 | Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN:

Name:

Date of Birth:

Email:

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Clinic Location Địa Điểm Phòng Khám: \_\_\_\_\_

Completion of this document authorizes the use or disclosure of health information about you.

Hoàn thành tài liệu này sẽ cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị.

### I AUTHORIZE | TÔI CHO PHÉP

### TO DISCLOSE TO | TIẾT LỘ THÔNG TIN VỚI

Name of Disclosing Party | Tên Của Bên Tiết Lộ

Name of Recipient | Tên Của Bên Nhận

Address/Email Address/Fax Number  
Địa Chỉ/Địa Chỉ Email/Số Fax

Address/Email Address/Fax Number  
Địa Chỉ/Địa Chỉ Email/Số Fax

City | Thành Phố State | Bang Zip Code | Mã Zip

City | Thành Phố State | Bang Zip Code | Mã Zip

### SPECIFY THE HEALTH INFORMATION FOR DATES OF SERVICE:

### ĐIỀN CHI TIẾT THÔNG TIN SỨC KHỎE VỀ NGÀY SỬ DỤNG DỊCH VỤ

From | Từ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Month | Tháng Day | Ngày Year | Năm

To | Đến: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Month | Tháng Day | Ngày Year | Năm

By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following:

Bằng việc đánh dấu vào (các) ô dưới đây, tôi đặc biệt cho phép tiết lộ những thông tin sau:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complete Medical Information<br>Toàn Bộ Thông Tin Sức Khỏe | <input type="checkbox"/> Radiology Reports (CT, MRI, X-Rays, etc.)<br>Báo Cáo X-Quang (CT, MRI, X-Quang, v.v.) |
| <input type="checkbox"/> Immunizations<br>Chích Ngừa                                | <input type="checkbox"/> Office Visit Notes<br>Ghi Chú Khám Bệnh Ngoại Trú                                     |
| <input type="checkbox"/> Lab/Pathology Reports<br>Báo Cáo Xét Nghiệm/Bệnh Lý        | <input type="checkbox"/> Other<br>Khác: _____  |

**Protected classes of information** By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following: **Các loại thông tin được bảo vệ** : Bằng việc đánh dấu vào (các) ô dưới đây, tôi đặc biệt cho phép tiết lộ những thông tin sau:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drug and Alcohol Abuse Diagnosis or Treatment Records<br>Chẩn Đoán Lạm Dụng Ma Túy Và Rượu Hoặc Hồ Sơ Điều Trị     | <input type="checkbox"/> HIV Test Results<br>Kết Quả Xét Nghiệm HIV     |
| <input type="checkbox"/> Gender Affirming, Abortion/Contraception Services<br>Chuyển Giới, Dịch Vụ Phá thai/Tránh Thai                      | <input type="checkbox"/> Psychotherapy Notes<br>Ghi Chú Trị Liệu Tâm Lý |
| <input type="checkbox"/> Genetic Testing Results<br>Kết Quả Xét Nghiệm Di Truyền  |   |
| <input type="checkbox"/> Mental/Behavioral Health Diagnosis or Treatment Records<br>Chẩn Đoán Sức Khỏe Tâm Thần/Hành Vi Hoặc Hồ Sơ Điều Trị |   |



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東 北 醫 療 中 心

Attn: HIS Department

2171 Junipero Serra Blvd, Daly City, CA 94014

Tel: +1 (888) 500-1886 | Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN:

Name:

Date of Birth:

Email:

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

**REQUESTED FORMAT - Please select one:**

**HÌNH THỨC TIẾT LỘ – Vui lòng chọn một:**

- Email (encrypted)       Email (unencrypted)\*\*       Patient Portal       Fax  
 Email (được mã hóa)      Email (không mã hóa)\*\*      Cổng Thông Tin Bệnh Nhân  
 Sharing of PHI (to authorize exchange between the organizations/persons listed above.)  
 Chia Sẻ của PHI (cho phép trao đổi thông tin giữa các tổ chức/người được nêu trên.)

**Paper**       Paper: Pick-up      OR

**Giấy:**      Giấy: Tự đến lấy      HOẶC

Paper: Mail (\$0.25/page fees may apply)

Giấy: Gửi qua bưu tín (Có thể sẽ áp dụng phí gửi \$0.25/trang)

**\*\*Note:** Sending information over unencrypted email is not secure and increases risks that your information could be intercepted, viewed, copied, or shared by an unauthorized third party. By selecting the "Email (unencrypted)" option, I acknowledge that NEMS has warned me of the risks, and I still prefer and give permission to NEMS to send the requested records through unencrypted e-mail. \*\* If you are requesting information to be sent to yourself or to a third party under your right of access to your health information, you may choose unencrypted email. If this authorization request is from a third party, NEMS must send the information in a secure manner.

**\*\*Ghi chú:** Gửi thông tin qua email không được mã hóa là không an toàn và sẽ tăng nguy cơ thông tin của quý vị có thể bị một bên thứ ba chặn, xem, sao chép, hoặc chia sẻ trái phép. Khi chọn phương án "Email (không mã hóa)", tôi xác nhận rằng NEMS đã cảnh báo tôi về các rủi ro, và tôi vẫn chọn và cho phép NEMS gửi các hồ sơ được yêu cầu thông qua e-mail không mã hóa. \*\* Nếu quý vị đang yêu cầu thông tin được gửi tới quý vị hoặc tới một bên thứ ba theo quyền truy cập vào thông tin y tế của quý vị, quý vị có thể chọn email không mã hóa. Nếu yêu cầu ủy quyền này đến từ bên thứ ba, NEMS phải gửi thông tin một cách an toàn.

**The release of the above-specified information is for the purpose of**

**Việc tiết lộ thông tin nêu trên là nhằm mục đích**

- Patient/Legal Representative Request       Disability Eligibility  
 Yêu Cầu Của Phụ Huynh/Đại Diện Hợp Pháp      Hội Đủ Điều Kiện Về Khuyết Tật  
 Continuity of Care  
 Chăm Sóc Liên Tục  
 Continuing Medical Care by NEMS Provider:  
 Chăm Sóc Y Tế Liên Tục Bởi Nhà Cung Cấp NEMS: \_\_\_\_\_  
 Other  
 Khác: \_\_\_\_\_



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東北醫療中心

Attn: HIS Department

2171 Junipero Serra Blvd, Daly City, CA 94014

Tel: +1 (888) 500-1886 | Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN:

Name:

Date of Birth:

Email:

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

**DURATION:** This authorization will be effective on the date of my signature and will remain in effect for one (1) year from the date of signature unless a different date is specified here

**THỜI HẠN:** Giấy cho phép này có hiệu lực từ ngày ký và sẽ có hiệu lực trong \_\_\_\_\_  
một (1) năm trừ khi có một ngày khác được ghi rõ dưới đây (Date | Ngày)

**REVOCAION:** I understand that I may revoke this authorization at any time by writing to NEMS Member Services Department 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. My revocation will be effective upon receipt but will not apply to any information that was disclosed based on this authorization before the revocation is received.

**THU HỒI:** Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi thư tới Phòng Dịch vụ Thành viên NEMS 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. Việc thu hồi sự cho phép của tôi sẽ có hiệu lực kể từ khi nhận được thư nhưng sẽ không được áp dụng với bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ với sự cho phép này từ trước khi nhận được thư yêu cầu thu hồi.

**REDISCLASURE:** I understand that once my health information is disclosed, it may no longer be protected by the federal regulations governing the privacy and security of health information.

**TIẾT LỘ LẠI:** Tôi hiểu rằng một khi thông tin y tế của tôi đã được tiết lộ, nó có thể không còn được bảo vệ bởi các quy định liên bang quy định về quyền riêng tư và bảo mật thông tin sức khỏe.

**MY RIGHTS:** I understand that I may refuse to sign this authorization and NEMS may not condition my treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization, except where disclosure is necessary for treatment or eligibility for health care benefits. I understand that I may request a copy of this authorization.

**QUYỀN CỦA TÔI:** Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký giấy cho phép này và NEMS không được phép gây ảnh hưởng đến việc điều trị, thanh toán, đăng ký tham gia chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc tính hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của tôi từ quyết định ký giấy cho phép này của tôi, ngoại trừ trường hợp việc tiết lộ là cần thiết cho việc điều trị hoặc để hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có thể yêu cầu cấp một bản sao của giấy cho phép này.

Signature of Patient or Legal Representative\*  
Chữ Ký của Nhân Hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp

Date  
Ngày

Name of Legal Representative  
Tên của Người Đại Diện Hợp Pháp

Relationship of Legal Representative  
Mối Quan Hệ của Người Đại Diện Hợp Pháp



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東北醫療中心

Attn: HIS Department

2171 Junipero Serra Blvd, Daly City, CA 94014

Tel: +1 (888) 500-1886 | Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN:

Name:

Date of Birth:

Email:

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)  
Chữ Ký của Người Làm Chứng (Bắt buộc nếu bệnh nhân không thể ký  
tên)

Date  
Ngày

STAFF USE ONLY: (please initial if applicable)

Form Assisted by: \_\_\_\_\_ Faxed by: \_\_\_\_\_ Record Released by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## NONDISCRIMINATION DISCLOSURE

In this Disclosure, we use terms like “we” “our” or “us” to refer to North East Medical Services (NEMS) and NEMS PACE. This notice is available on our website at [nems.org](https://nems.org). We comply with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver’s license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, and cancer), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

We:

- Provide people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS at 1-888-500-1886 or NEMS PACE at 1-888-981-8909.

### How to file a grievance with NEMS or NEMS PACE

If you believe that we failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with our Member Services. If you need help filing a grievance, our Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call NEMS 1-888-500-1886, NEMS PACE 1-888-981-8909
- **By mail:** Call us and ask to have a form sent to you.
- **In person:** Visit the Member Services Department.

You may also contact our Civil Rights Coordinator  
Attn: NEMS Section 1557 Coordinator  
North East Medical Services  
1520 Stockton Street  
San Francisco, CA 94133  
NEMSSection1557@nems.org

NEMS.org - Rev. 11/2025

### How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



**NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES**

▶ **Spanish (Español)**

Si habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia lingüística gratuitos y ayudas/servicios auxiliares.

▶ **Chinese (中文)**

如果您說中文，我們可提供免費語言協助和輔助設施服務。

▶ **Vietnamese (Tiếng Việt)**

Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp.

▶ **Japanese (日本語)**

日本語を話す場合は、無料の言語支援および補助器具/サービスが利用可能です。

▶ **Korean (한국어)**

한국어를 하신다면, 무료 언어 지원 및 보조 기기/서비스를 이용하실 수 있습니다.

▶ **Tagalog (Tagalog)**

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong libreng serbisyo ng tulong sa wika at mga pantulong na kagamitan/serbisyo na magagamit.

▶ **Armenian (Հայերեն)**

Եթե դուք խոսում եք հայերեն, անվճար լեզվապահ օգնություն և լրացուցիչ ծառայությունները հասանելիությունն կա:

▶ **Arabic (العربية)**

خدمات تتوفر ، العربية تتحدث كنت إذا الخدمات/والمساعدات اللغوية المساعدة مجانًا المساعدة.

▶ **Persian (فارسی)**

کمک خدمات ، کنیدی صحبت فارسی زبان به اگر دسترس در رایگان کمکی خدمات/وسایل و زبانی است .

▶ **Russian (Русский)**

Если вы говорите по-русски, бесплатная языковая помощь и вспомогательные средства/услуги доступны.

**Member Services – California**

1520 Stockton Street  
San Francisco, CA 94133  
1-888-500-1886  
TTY: 1-800-735-2929  
NEMS.org - Rev. 11/2025

**Member Services – Nevada**

5580 W. Flamingo Road, Suite 105  
Las Vegas, NV 89103  
1-888-500-1886  
TTY: 1-800-326-6868

**NEMS PACE**

728 Pacific Avenue, 2<sup>nd</sup> floor  
San Francisco, CA 94133  
1-888-981-8909  
TTY: 1-800-735-2929

▶ **Thai (ไทย)**

หากคุณพูดภาษาไทย มีบริการช่วยเหลือทางภาษาและอุปกรณ์ /บริการเสริมฟรีให้บริการ

▶ **Amharic (አማርኛ)**

እርስዎ አማርኛ ከሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ እርዳታ እና ተጨማሪ አገልግሎቶች በነፃ ይገኛሉ።

▶ **French (Français)**

Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits et des aides/services auxiliaires sont à votre disposition.

▶ **German (Deutsch)**

Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe und Hilfsmittel/Dienste zur Verfügung.

▶ **Ilocano (Ilocano)**

No agsao kayo ti Ilocano, adda libre a tulong iti lengguahe ken dagiti kagawaan/serbisio nga makatulong.

▶ **Samoan (Samoa)**

Afai e te tautala i le gagana Samoa, e avanoa auaunaga fesoasoani i gagana ma meafaigaluega /aunaga fesoasoani e aunoa ma se togoti

▶ **Hindi (हिन्दी)**

यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता और सहायक उपकरण/सेवाएँ उपलब्ध हैं।

▶ **Hmong (Hmoob)**

Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb thiab cov cuab yeej/kev pab ntxiv muaj.

▶ **Mon-Khmer, Cambodian (ភាសាខ្មែរ)**

ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ និងឧបករណ៍/សេវាជំនួយផ្សេងទៀតមានស្រាប់។

▶ **Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ)**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ/ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।