



MẪU ĐƠN CHO PHÉP CALOPTIMA HEALTH TIẾT LỘ THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI) CHO MỘT NGƯỜI HOẶC MỘT CƠ QUAN KHÁC

Xin điền **TẤT CẢ** các phần trong mẫu đơn này để cho phép CalOptima Health tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín (protected health information, PHI) của quý vị cho một người hoặc một cơ quan khác. Mẫu đơn này **CHỈ** cho phép tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín mà quý vị chấp thuận trong Phần B mà CalOptima Health đang lưu giữ. Mẫu đơn sẽ không cho phép bất kỳ người nào đưa ra các quyết định về chăm sóc y tế cho quý vị.

PHẦN A: Thông Tin Của Thành Viên/Bệnh Nhân

Tên: _____ Họ: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ Nhận thư: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã số vùng: _____

Số điện thoại: _____ Số CIN: _____

PHẦN B: Thông Tin Có Thể Được Tiết Lộ

Hướng dẫn: Xin đánh dấu **X** vào ô bên cạnh (các) chọn lựa của quý vị.

Tôi cho phép CalOptima Health tiết lộ Thông tin về Sức khỏe được Giữ kín (Protected Health Information, PHI), từ ngày _____ đến ngày _____
(tháng/ngày/năm) (tháng/ngày/năm)

- | | |
|---|---|
| ☐ Hồ sơ điều phối y tế | ☐ Hồ sơ hướng dẫn chăm sóc sức khỏe/kiểm soát bệnh |
| ☐ Hồ sơ hóa đơn thanh toán/hóa đơn | ☐ Hồ sơ giấy giới thiệu/ủy quyền |
| ☐ Hồ sơ văn phòng dịch vụ | ☐ Hồ sơ nhà thuốc |
| ☐ Hồ sơ than phiền & khiếu nại | ☐ Hồ sơ quản trị việc sử dụng dịch vụ y tế |

***Sẽ chỉ chia sẻ những thông tin nhạy cảm sau đây nếu quý vị chọn và đánh dấu vào (các) ô vuông phù hợp và ghi chữ viết tắt tên ở bên dưới.**

Chữ viết tắt của tên

- ☐ **Chỉ** các ghi chú về trị liệu tâm lý. Đây là các ghi chú ghi lại hoặc phân tích nội dung của một buổi trị liệu.**
- ☐ Thông tin về sức khỏe tâm thần/sức khỏe hành vi.
- ☐ Thông tin về rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.
- ☐ Thông tin về bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (bao gồm HIV/AIDS).
- ☐ Thông tin về sức khỏe tình dục/sinh sản (bao gồm kế hoạch hóa gia đình và chăm sóc khẳng định giới tính).
- ☐ Thông tin về lạm dụng tình dục hoặc thể chất (bao gồm tình trạng bạo hành trong quan hệ tình cảm).
- ☐ Cho trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên: Các dịch vụ liên quan đến bệnh truyền nhiễm, dễ lây lan, dễ lây truyền, hoặc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.

*Sẽ không tiết lộ các thông tin ở trên trừ khi quý vị chấp thuận bằng việc ghi chữ viết tắt tên của mình.

**Quý vị phải nộp một giấy chấp thuận riêng để tiết lộ các ghi chú về trị liệu tâm lý trừ khi quý vị chọn tiết lộ thông tin khác ngoài các ghi chú về trị liệu tâm lý.

PHẦN C: Mục Đích Của Mẫu Đơn Cho Phép Đây

Tôi đồng ý tiết lộ thông tin này vì:

- ☐ Sử dụng cho Cá nhân
- ☐ Mục đích pháp lý
- ☐ Mục đích bảo hiểm
- ☐ Khác (xin ghi rõ): _____

PHẦN D: Cá Nhân Hoặc Cơ Quan Được Cho Phép Nhận Thông Tin Về Sức Khỏe Được Giữ Kín

Tôi cho phép CalOptima Health tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi cho cá nhân/cơ quan bên dưới. Mẫu đơn cho phép này bắt đầu khi tôi ký tên và gửi lại mẫu đơn này. Người nhận được thông tin phải từ 18 tuổi trở lên.

Tên của (các) Cá nhân /Cơ quan: _____

Mối quan hệ với Thành viên/Bệnh nhân: _____ Số điện thoại: _____

PHẦN E: Quyền Hạn Của Quý vị

- Tôi có thể chấm dứt sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi **văn bản** thông báo đến: CalOptima Health:
Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- Thông báo để chấm dứt mẫu đơn cho phép này sẽ không thay đổi cách CalOptima Health đã sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi trước khi nhận được lá thư của tôi.
- Cá nhân hoặc cơ quan nhận được thông tin sức khỏe được giữ kín của tôi từ CalOptima Health có thể tiết lộ thông tin cho người khác. Trong trường hợp này, thông tin sức khỏe được giữ kín của tôi có thể không còn được Quy định về Quyền Riêng Tư HIPAA bảo vệ nữa.
- Tôi không bắt buộc phải điền vào mẫu đơn này. Việc không điền vào mẫu đơn này sẽ không thay đổi những phúc lợi chăm sóc sức khỏe hoặc việc thanh toán cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- Tôi có quyền xem hoặc nhận bản sao thông tin về sức khỏe được giữ kín của mình đang được sử dụng hoặc tiết lộ theo mẫu đơn cho phép này.
- Tôi có quyền nhận bản sao của mẫu đơn này.

PHẦN F: Ngày Mà Việc Cho Phép Chấm Dứt

Mẫu đơn cho phép tiết lộ thông tin cho cá nhân hoặc cơ quan được chỉ định sẽ chấm dứt vào:

_____ (ngày hoặc sự kiện cụ thể nhưng không quá một (1) năm kể từ ngày tôi ký tên và gửi lại mẫu đơn này).

****Nếu quý vị không cung cấp ngày hoặc sự kiện chấm dứt, mẫu đơn cho phép này sẽ không có hiệu lực. ****

PHẦN G: Ký tên

Tôi hiểu rằng để tiến hành yêu cầu của mình, mẫu đơn yêu cầu của tôi phải đính kèm bản sao giấy tờ tùy thân (identification, ID) hợp lệ do chính phủ cấp, bản sao tài liệu của cơ quan pháp lý hoặc chữ ký được công chứng.

Khi ký tên dưới đây, tôi đã đọc mẫu đơn này và hiểu ý nghĩa của mẫu đơn.

Chữ Ký của Thành Viên/Đại Diện Cá Nhân

Ngày

Chữ ký của Cha mẹ/Người Giám hộ: _____ Ngày: _____

Tên viết In hoa của Cha mẹ/Người Giám hộ: _____ Mối quan hệ: _____

CalOptima Health có quyền yêu cầu các tài liệu pháp lý (thí dụ như giấy khai sinh, lệnh của tòa án) từ cha mẹ/người giám hộ ký tên thay cho thành viên là người phụ thuộc.

Chỉ Dành Cho Người Đại Diện Cá Nhân: Quý vị có những quyền hạn gì để yêu cầu thông tin về sức khỏe?

Tên viết In hoa: _____

- | | |
|---|--|
| ☐ Người Giám hộ | ☐ Người được Ủy quyền để Đưa ra Quyết định Về việc Khám chữa bệnh |
| ☐ Người Thi hành Di chúc | |
| ☐ Người Quản lý Tài sản | ☐ Khác _____ |

LƯU Ý: Quý vị phải đính kèm tài liệu pháp lý để xác minh rằng quý vị là người giám hộ, người thi hành di chúc của người quá cố, hoặc có thẩm quyền để đưa ra quyết định về y tế cho cá nhân đó.

Xin gửi mẫu đơn này đến CalOptima Health:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West

Orange CA 92868

Số fax: 1-714-481-6457

XIN NGỪNG Ở ĐÂY

For CalOptima Health Use Only:

Staff Name: _____ How was identity verified? ☐ In person ☐ Phone

Signature: _____ Date Verified: _____