

درخواست برای محدودیت در استفاده و افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

تاریخ درخواست: _____
تاریخ تولد: _____ نام عضو: _____
شماره تلفن: _____ شماره شناسه CIN عضو: _____

می‌دانم که CalOptima Health ممکن است از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) من برای اهداف درمان، پرداخت و عملیات مراقبت‌های درمانی استفاده کند یا آنها را افشا کند. CalOptima Health همچنین ممکن است اطلاعاتی را در اختیار شخصی که در مراقبت از من یا پرداخت هزینه مراقبت من نقش دارد، مانند یکی از اعضای خانواده یا دوستان من، قرار دهد.

من متوجه هستم که CalOptima Health ملزم به موافقت با درخواست من نیست.

من برای استفاده و افشای اطلاعات محافظت شده بهداشتی (PHI) خود توسط CalOptima Health، درخواست محدودیت دارم. اطلاعاتی که من برای آنها درخواست محدودیت دارم شامل موارد زیر هستند:

من می‌خواهم CalOptima Health را در زمینه‌های زیر محدود کنم:

☐ استفاده از این اطلاعات

☐ افشای این اطلاعات

☐ هم استفاده و هم افشای این اطلاعات

من می‌خواهم محدودیت‌ها برای شخص/ اشخاص زیر اعمال شود (به عنوان مثال: همسر): _____

موارد استفاده و افشای الزامی

حتی اگر CalOptima Health با این محدودیت موافقت کند، ممکن است اطلاعات در شرایط زیر همچنان به اشتراک گذاشته شود:

- اگر در زمان یک اورژانس پزشکی، اطلاعات محدود شده برای ارائه درمان اضطراری مورد نیاز باشد. با این حال، اگر اطلاعات در طول شرایط اضطراری فاش شود، CalOptima Health به گیرنده اطلاع می‌دهد که از آنها برای هیچ هدف دیگری استفاده نکند یا آنها را فاش نکند.
- برای فعالیت‌های نظارتی سازمان بهداشت
- برای استفاده یا افشای که توسط قانون الزامی شمرده شده است
- در صورت توافق بر محدودیت، فسخ باید به صورت کتبی انجام شود
- من به صورت شفاهی با فسخ موافقت می‌کنم و توافق شفاهی مستند است
- CalOptima Health من را از فسخ قرارداد مطلع خواهد نمود. در این صورت، قرارداد فسخ فقط برای PHI ایجاد شده یا دریافت شده توسط CalOptima Health پس از اطلاع من از فسخ موثر است.

حقوق شما

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق حریم خصوصی خود، لطفاً به کپی اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی CalOptima Health خود مراجعه کنید. یک نسخه را می‌توانید در وبسایت ما بیابید: www.caloptima.org، یا از طریق تماس با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health با تماس با شماره **1-714-246-8500** یا شماره رایگان **1-888-587-8088**، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5:30 بعد از ظهر. اعضای دارای اختلالات شنوایی یا گفتاری می‌توانند با TDD/TTY شماره **711** ما تماس بگیرند. ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می‌کنند.

اگر فکر می‌کنید حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید شکایتی را به CalOptima Health یا با Department of Health and Human Services (اداره وزارت بهداشت و خدمات انسانی) ارائه دهید. برای ثبت شکایت با CalOptima Health، با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره **1-714-246-8500** تماس بگیرید یا به آدرس زیر مکاتبه نمایید:

ATTN: Customer Service Department
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868

در صورتی که تصمیم به تسلیم شکایت نموده یا می‌خواهید از هر یک از حقوق حریم خصوصی مندرج در این اطلاعیه استفاده نمایید، CalOptima Health نمی‌تواند مزایای مراقبت درمانی شما را پس گرفته یا کاری در جهت آسیب رساندن به شما به هر شکلی انجام دهد.

امضا

امضای عضو: _____

اگر نماینده مجاز عضو هستید (لطفاً اسناد قانونی را ضمیمه کنید):

نام خود را درج نمایید: _____ نسبت با عضو: _____