



YÊU CẦU GIỚI HẠN VIỆC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI)

Ngày Yêu Cầu: _____

Tên của Thành Viên: _____ Ngày Sinh: _____

Số CIN của Thành Viên: _____ Số Điện Thoại: _____

Tôi hiểu rằng CalOptima Health có thể sử dụng hoặc tiết lộ (cho biết) Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (Protected Health Information, PHI) của tôi cho các mục đích điều trị, thanh toán, và điều hành dịch vụ chăm sóc sức khỏe. CalOptima Health cũng có thể tiết lộ thông tin cho người nào đó có liên quan đến việc chăm sóc hoặc việc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc của tôi, thí dụ như thành viên trong gia đình hoặc bạn bè.

Tôi hiểu rằng CalOptima Health không cần phải đồng ý với yêu cầu của tôi.

Tôi yêu cầu giới hạn việc CalOptima Health Sử Dụng và Tiết Lộ Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín (PHI). Thông tin tôi muốn giới hạn là:

Tôi muốn CalOptima Health giới hạn:

- ☐ Việc sử dụng Thông tin này
- ☐ Việc tiết lộ thông tin này
- ☐ Cả việc sử dụng và tiết lộ thông tin này

Tôi muốn việc giới hạn áp dụng cho những cá nhân/cơ quan sau đây (Thí dụ như người phối ngẫu): _____

NHỮNG TRƯỜNG HỢP BẮT BUỘC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ

Ngay cả khi CalOptima Health đồng ý với việc giới hạn thì thông tin vẫn có thể được chia sẻ trong các trường hợp sau:

- Trong trường hợp cấp cứu y tế, nếu thông tin bị giới hạn là cần thiết để cung cấp dịch vụ điều trị cấp cứu. Tuy nhiên, nếu thông tin được tiết lộ trong trường hợp cấp cứu, CalOptima Health sẽ cho người nhận thông tin biết rằng không được sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đó cho bất kỳ mục đích nào khác.
- Cho các hoạt động giám sát của cơ quan y tế
- Cho việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin mà pháp luật yêu cầu
- Nếu đồng ý với việc hạn chế thì cần văn bản thông báo về việc chấm dứt
- Tôi nói rằng tôi đồng ý với việc chấm dứt và việc đồng ý bằng lời nói được ghi chép lại



- CalOptima Health cho tôi biết rằng CalOptima Health sẽ chấm dứt thỏa thuận này. Trong trường hợp này, quyết định chấm dứt chỉ có hiệu lực đối với Thông Tin về Sức Khỏe được Giữ Kín do CalOptima Health tạo ra hoặc nhận được sau khi tôi đã được thông báo về quyết định chấm dứt.

QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ:

Để biết thêm thông tin về quyền riêng tư của quý vị, xin tham khảo bản sao Thông báo Thực hành Quyền riêng tư của CalOptima Health. Quý vị có thể tìm bản sao trên trang mạng của chúng tôi tại: www.caloptima.org, hoặc gọi văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500** hoặc số miễn phí **1-888-587-8088**, thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Thành viên bị khiếm thính hoặc khiếm âm có thể gọi đường dây TDD/TTY của chúng tôi ở số 711. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.

Nếu quý vị tin rằng quyền riêng tư của quý vị đã bị xâm phạm, quý vị có thể nộp đơn than phiền cho CalOptima Health hoặc bộ trưởng Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh. Để nộp đơn than phiền cho CalOptima Health, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số **1-714-246-8500** hoặc gửi thư đến:

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

CalOptima Health không thể lấy đi các phúc lợi chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc không thể làm gì tổn hại đến quý vị theo bất kỳ cách nào nếu quý vị chọn nộp đơn than phiền hoặc sử dụng bất cứ quyền riêng tư nào trong Thông báo này.

KÝ TÊN:

Chữ Ký của Thành Viên: _____

Trong trường hợp là Người Đại diện được Ủy Quyền (vui lòng đính kèm giấy tờ pháp lý):

Tên viết In hoa: _____ Mối quan hệ với Thành viên: _____