

**MẪU ĐƠN CHO PHÉP TIẾT LỘ
THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE ĐƯỢC GIỮ KÍN (PHI)**

Xin quý vị điền **TẤT CẢ** các phần trong mẫu đơn này để cho phép CalOptima tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín (viết tắt là PHI – protected health information) của quý vị cho một cá nhân hoặc tổ chức khác. Mẫu đơn này **CHỈ** dành cho việc tiết lộ thông tin. Đơn sẽ không cho phép bất kỳ người nào thực hiện quyết định về chăm sóc y tế cho quý vị.

PHẦN A: Thông Tin Thành Viên

Họ: _____ Tên: _____
Số Thẻ Thành Viên (CIN): _____ Ngày Sinh: _____
tháng/ngày/năm
Địa Chỉ: _____
Đường/Số Nhà Thành Phố Tiểu Bang Mã Vùng
Số điện thoại để dễ dàng liên lạc với quý vị nhất: _____

Hướng dẫn: Xin đánh dấu X vào ô vuông nằm kế bên điều mà quý vị chọn lựa.

PHẦN B: Thông Tin Có Thể Được Tiết Lộ

Tôi cho phép CalOptima tiết lộ:

- Bất kỳ và tất cả các thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi
 Chỉ tiết lộ những thông tin sau đây: (liệt kê thông tin mà quý vị cho phép):

Tôi cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được giữ kín về:
(Xin ghi chữ viết tắt tên quý vị nếu bất kỳ ô nào sau đây được đánh dấu)

- Điều trị sức khỏe tâm thần Chữ viết tắt của tên: _____
 Điều trị cai bia rượu/chất
gây nghiện Chữ viết tắt của tên: _____

LƯU Ý: Những thông tin này sẽ không được tiết lộ trừ khi quý vị chấp thuận trước.

PHẦN C: Mục Đích Của Sự Cho Phép Đây

Tôi tiết lộ thông tin này cho:

- Sử dụng cá nhân Pháp Lý
 Bảo Hiểm Lý Do Khác (xin ghi rõ.): _____

PHẦN D: (Các) Cá Nhân hoặc Tổ Chức Được Cho Phép Nhận Thông Tin Về Sức Khỏe Được Giữ Kín

Tôi cho phép CalOptima tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi cho cá nhân hoặc tổ chức dưới đây. Tôi biết rằng sự 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 Cá Nhân /Tổ Chức: _____

Mối Quan Hệ với Thành Viên: _____ Số Điện Thoại: _____

PHẦN E: Quyền Hạn của Tôi

- Tôi có thể chấm dứt sự cho phép này vào bất kỳ lúc nào bằng cách gửi một thông báo **bằng văn bản** đến: CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
- Thông báo để chấm dứt sự cho phép này sẽ không thay đổi cách CalOptima đã sử dụng hoặc tiết lộ thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi trước khi nhận lá thư của tôi.
- Cá nhân hoặc tổ chức nhận được thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi từ CalOptima có thể cho người khác biết thông tin. Trong trường hợp này, thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi có thể đã không còn được bảo vệ bởi Luật Bảo Vệ Quyền Riêng Tư của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế của Hoa Kỳ (Đạo Luật HIPAA).
- Tôi không cần điền mẫu đơn này. Không điền vào đơn này sẽ không thay đổi các phúc lợi chăm sóc y tế của tôi hoặc việc chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi.
- Tôi có quyền xem hoặc nhận một bản sao thông tin về sức khỏe được giữ kín của tôi đang được sử dụng hoặc được tiết lộ bởi mẫu đơn cho phép này.
- Tôi có quyền nhận một bản sao của mẫu đơn này.

PHẦN F: Ngày Kết Thúc của Sự Cho Phép

Sự cho phép tiết lộ thông tin cho cá nhân hoặc tổ chức được nêu tên sẽ kết thúc vào: _____ (ngày hoặc sự kiện cụ thể).

****Nếu không cung cấp một ngày kết thúc hoặc sự kiện, mẫu đơn cho phép này sẽ không có hiệu lực. ****

PHẦN G: Ký Tên

Tôi hiểu rằng để có thể tiến hành yêu cầu của tôi, cần phải đính kèm với mẫu đơn yêu cầu một bản sao giấy căn cước (ID) hợp lệ do chính phủ cấp, một bản sao tài liệu của cơ quan pháp lý, hoặc một chữ ký được công chứng.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi đã đọc và hiểu ý nghĩa của đơn.

Chữ Ký của Thành Viên/Người Đại Diện Cá Nhân _____

Ngày _____

Chữ Ký của Phụ

Huynh/Người Giám Hộ: _____

Ngày: _____

Tên Viết Hoa của Phụ

Huynh/Người Giám Hộ: _____

Mối Quan Hệ: _____

CalOptima có quyền yêu cầu tài liệu pháp lý (ví dụ, giấy khai sinh, lệnh của tòa án, v.v.) từ phụ huynh/người giám hộ ký tên thay cho một thành viên phụ thuộc.

Chỉ Dành Cho Người Đại Diện Cá Nhân: Quý vị có những quyền gì đối với việc yêu cầu thông tin sức khỏe?

Ghi Tên Viết Hoa: _____

- Người Bảo Vệ (Conservator)
- Người Thi Hành Di Chúc (Executor of Will)
- Quản Trị Viên Bất Động Sản (Administrator of Estate)
- Luật Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe (Medical Power of Attorney)
- Quyền Khác _____

Lưu ý: Quý vị phải đính kèm tài liệu pháp lý để xác minh rằng quý vị là người bảo vệ, người thi hành di chúc của người quá cố, hoặc có thẩm quyền để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho cá nhân đó.

Xin gửi mẫu đơn này đến CalOptima tại địa chỉ, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868, hoặc fax đến **1-714-338-3104**.

XIN NGỪNG Ở ĐÂY

For CalOptima Use Only:

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

Signature: _____ Date verified: _____