

GIẤY ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Giấy cho phép này là tự nguyện và có thể được sử dụng để cho phép Community Health Choice (Community) sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) của một cá nhân.

Các cá nhân hoàn thành biểu mẫu này cần đọc toàn bộ biểu mẫu trước khi ký và điền vào tất cả các phần áp dụng cho các quyết định liên quan đến việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin PHI của họ.

Với vai trò hội thành viên (trên 18 tuổi) của Community, tôi yêu cầu tiết lộ thông tin PHI cho cá nhân theo yêu cầu bên dưới.

Với tư cách là cha mẹ/người giám hộ của một hội viên (dưới 18 tuổi) của Community, tôi yêu cầu tiết lộ thông tin PHI theo yêu cầu bên dưới và gửi kèm bằng chứng nhận dạng cũng như các quyền hợp pháp.

TÊN ĐẦY ĐỦ CỦA HỘI VIÊN

SỐ ID HỘI VIÊN

NGÀY SINH CỦA HỘI VIÊN

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ

THÀNH PHỐ

MÃ ZIP

ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY

ĐIỆN THOẠI KHÁC

ĐỊA CHỈ E-MAIL

KHOẢNG THỜI GIAN CÓ HIỆU LỰC: Vui lòng chọn và điền vào một mục.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực trong
thời hạn một năm kể từ ngày ký:

Ngày:

Giấy ủy quyền này chỉ có hiệu lực đến:

Ngày:

QUYỀN THU HỒI:

Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự cho phép của mình bất kỳ lúc nào bằng cách gửi cho Community một lá thư qua bưu điện, email hoặc fax đến địa chỉ liệt kê ở cuối tài liệu này. Thư của quý vị cũng phải bao gồm họ tên, mã số hội viên, địa chỉ và số điện thoại của hội viên.

Giấy ủy quyền sẽ không có hiệu lực đối với các hành động mà Community đã thực hiện một cách thiện chí trước khi nhận được thư thu hồi giấy ủy quyền.

AI CÓ THỂ NHẬN VÀ SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE?

HỌ TÊN

ĐỊA CHỈ GỬI THƯ

THÀNH PHỐ

MÃ ZIP

SỐ ĐT BAN NGÀY

/ /

SỐ ĐIỆN THOẠI KHÁC

/ /

VUI LÒNG CHỌN CÁC MỤC ÁP DỤNG:

☐ Bản thân

☐ Cha/Mẹ Ruột hoặc Cha/Mẹ Nuôi

☐ Cha/Mẹ Đỡ đầu

☐ Người Đại diện Hợp pháp – người có thẩm

☐ Người Giám hộ Hợp pháp

☐ Vợ/Chồng

☐ Cha Dượng/Mẹ Kế

☐ Khác _____

☐ quyền hợp pháp để thay mặt hội viên

Nếu người ký giấy ủy quyền này không phải là hội viên, quý vị phải cung cấp một bản sao giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe, giấy khai sinh hoặc giấy tờ liên quan khác cho phép quý vị thay mặt cho hội viên đó, và cả bằng chứng nhận dạng.

THÔNG TIN NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC TIẾT LỘ?

Tất cả thông tin được mô tả dưới đây

☐ Phúc Lợi, Thanh Toán và Yêu Cầu Phúc lợi

☐ Các Thay Đổi về Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính

☐ Thay đổi Địa chỉ Nhà ở

☐ Yêu Cầu Thẻ Nhận Dạng Thông Tin

☐ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm

☐ Cách Viết Tên và các Thông tin Cá nhân khác

Bắt buộc phải có chữ ký tắt của quý vị để tiết lộ các thông tin sau:

☐ Thai kỳ/Kế hoạch Hóa Gia đình

☐ Thông Tin Sức Khỏe Tâm thần

☐ HIV/AIDS

☐ Lạm dụng Ma túy, Rượu hoặc Chất Gây Nghiện

Xin lưu ý: Có những hạn chế về lượng thông tin chúng tôi có thể chia sẻ với người khác liên quan đến tài khoản của quý vị. Lưu ý dành cho phụ huynh: những hạn chế này có thể không ảnh hưởng đến các quyền hợp pháp mà quý vị có để tiếp cận thông tin của con mình bằng các phương tiện khác, chẳng hạn như liên hệ với bác sĩ chăm sóc chính của con quý vị.

TUYÊN BỐ HIPAA:

Biểu mẫu này được dùng để tuân thủ các yêu cầu của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) cũng như các Tiêu Chuẩn về Quyền Riêng Tư và Đạo Luật Quyền Riêng Tư về Y Tế của Texas. Các tổ chức được đề cập có thể dùng biểu mẫu này hoặc bất kỳ biểu mẫu nào khác tuân thủ HIPAA, Đạo Luật về Quyền Riêng Tư Y Tế của Texas và các luật hiện hành khác.

Các tổ chức thuộc phạm vi điều chỉnh, như thuật ngữ được định nghĩa bởi HIPAA và Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn Texas, phải có giấy ủy quyền có chữ ký của một cá nhân hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của cá nhân để tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) của cá nhân đó.

Giấy Ủy Quyền được cung cấp bằng cách sử dụng biểu mẫu này có nghĩa là tổ chức, thực thể hoặc người được ủy quyền có thể tiết lộ, truyền đạt hoặc gửi thông tin PHI của các cá nhân được nêu tên cho tổ chức, thực thể hoặc người được xác định trên biểu mẫu, bao gồm việc sử dụng bất cứ phương tiện điện tử nào.

Tôi hiểu rằng Community không yêu cầu tôi từ bỏ quyền gửi yêu cầu bồi thường cho Bộ Trưởng HHS để được điều trị, thanh toán, ghi danh vào chương trình sức khỏe hoặc xác định khả năng hội đủ điều kiện hưởng phúc lợi.

CHỮ KÝ VÀ GIẤY ỦY QUYỀN:

Tôi đã đọc toàn bộ biểu mẫu này và đồng ý với việc sử dụng và tiết lộ thông tin như được mô tả. Tôi hiểu rằng việc từ chối ký vào biểu mẫu này không ngăn cản việc tiết lộ thông tin PHI đã xảy ra trước khi thu hồi hoặc được luật pháp cho phép mà không có giấy ủy quyền hoặc cho phép cụ thể của tôi, bao gồm cả việc tiết lộ cho các tổ chức thuộc phạm vi điều chỉnh của quy định.

Tôi hiểu việc ủy quyền này là hoàn toàn tự nguyện. Tôi có thể từ chối ký tên và tôi hiểu rằng việc điều trị, bảo hiểm, ghi danh, khả năng hội đủ điều kiện và/hoặc các phúc lợi khác không thể bị ràng buộc bởi việc tôi sẵn lòng ký vào giấy ủy quyền này.

****Ngày ký là ngày giấy ủy quyền này có hiệu lực****

CHỮ KÝ: _____ NGÀY:

Chữ ký của Cá Nhân hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền Hợp Pháp của Cá Nhân

Họ và tên in hoa của Người Đại diện Hợp pháp (nếu có):

Cần có chữ ký của cá nhân vị thành niên để tiết lộ một số loại thông tin nhất định, ví dụ như tiết lộ thông tin liên quan đến một số loại hình chăm sóc sinh sản, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và lạm dụng ma túy, rượu hoặc được chất và điều trị sức khỏe tâm thần:

CHỮ KÝ: _____ NGÀY:

Hội Viên: Có thể nộp biểu mẫu đã điền đầy đủ hoặc thư thu hồi này

Email: MemberServices@CommunityHealthChoice.org

Fax: 713.295.2293 – Phòng Xử lý Hồ sơ

Thư tín: Community Health Choice

Chú ý: Phòng Xử lý Hồ sơ
4888 Loop Central Dr.
Suite 600
Houston, TX 77081