

Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe



Thông Báo cho Hội Viên:

Việc hoàn thành mẫu đơn này sẽ cho phép chương trình chia sẻ thông tin sức khỏe với người hoặc nhóm người mà quý vị chọn.

- Quý vị không bắt buộc phải ký tên vào mẫu đơn này hoặc cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị sẽ không thay đổi nếu quý vị không ký tên vào mẫu đơn này.
- Nếu quý vị muốn hủy Mẫu Đơn Ủy Quyền này, hãy điền vào Mẫu Đơn Thu Hồi ở trang tiếp theo. Gửi mẫu đơn qua đường bưu điện cho chúng tôi theo địa chỉ bên dưới.
- Coordinated Care Corporation không thể đảm bảo rằng người hoặc nhóm người quý vị chọn sẽ không chia sẻ thông tin của quý vị với người khác.
- Hãy giữ lại bản sao của tất cả các mẫu đơn mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chương trình có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần.
- Điền tất cả thông tin trong mẫu đơn này. Khi hoàn thành, hãy gửi mẫu đơn đến: **Coordinated Care Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402**

Thông Tin Hội Viên:

Tên Hội Viên (viết in hoa): _____

Ngày Sinh của Hội Viên: ____/____/____ Số ID của Hội Viên: _____

Tôi cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của mình với người hoặc nhóm được nêu tên bên dưới. Mục đích của việc ủy quyền này là giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của mình.

Thông Tin Người Nhận:

Tên (cá nhân/nhóm): _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Điện Thoại: (____) _____ - _____

Coordinated Care có thể chia sẻ có thể chia sẻ Thông Tin Sức Khỏe này: (Đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp)

- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi; HOẶC
- Tất cả thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ:
 - Thông tin về thuốc/dược phẩm theo toa
 - Thông tin về AIDS hoặc HIV
 - Thông tin về việc điều trị chứng lạm dụng rượu và/hoặc chất gây nghiện
 - Thông tin về dịch vụ chăm sóc sức khỏe hành vi hoặc dịch vụ chăm sóc tâm thần
 - Khác: _____

Giấy ủy quyền sẽ hết hiệu lực sau 1 năm kể từ ngày ký hoặc cho đến khi quý vị không còn là hội viên của Coordinated Care, trừ khi bị hủy.

Chữ Ký của Hội Viên: _____ **Ngày:** ____/____/____
(Hội Viên hoặc Người Đại Diện Hợp Pháp Ký Tên Tại Đây)

Nếu quý vị ký tên thay mặt Hội Viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị trong phần dưới đây. Nếu quý vị là đại diện cá nhân của Hội Viên, hãy nêu rõ điều này trong phần dưới đây và gửi cho chúng tôi bản sao của các mẫu đơn liên quan (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc giấy chứng nhận giám hộ).

Nếu quý vị có thắc mắc, cần trợ giúp để hiểu rõ mẫu đơn này hoặc cần mẫu đơn bằng ngôn ngữ hoặc định dạng khác, vui lòng liên hệ:
Dịch Vụ Hội Viên: 1-877-687-1197 (TTY: 711); Fax: 1-877-644-4602