

# Giấy cho phép Tiết lộ Thông tin Sức khỏe Được bảo vệ (PHI)



Thông tin về quý vị và về sức khỏe của quý vị, được gọi là Thông tin Sức khỏe Được Bảo vệ (Protected Health Information, hoặc "PHI"), rất nhạy cảm. Các chương trình bảo hiểm y tế, chẳng hạn như CareOregon, không được phép sử dụng PHI này hoặc tiết lộ thông tin này với bất kỳ ai, trừ khi quý vị nói đồng ý bằng văn bản. Mẫu đơn này thể hiện sự đồng ý của quý vị trong việc sử dụng và tiết lộ PHI của quý vị. Quý vị phải điền tất cả những dòng được đánh dấu sao (\*) thì mẫu đơn này mới hợp lệ.

## Thông tin về thành viên

Tên của tôi (Vui lòng ghi chữ in hoa tên thành viên): \_\_\_\_\_

Ngày sinh của tôi (hoặc ID CareOregon): \_\_\_\_\_

Tôi đồng ý cho CareOregon sử dụng PHI của tôi và tiết lộ thông tin đó cho:

Cá nhân hoặc tổ chức: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với thành viên: \_\_\_\_\_

Tôi muốn PHI của tôi được sử dụng hoặc tiết lộ vì (ghi lý do): \_\_\_\_\_

Tôi chỉ yêu cầu tiết lộ như vậy và chọn không cho biết lý do cụ thể

\*PHI của tôi có thể được tiết lộ bao gồm:  Toàn bộ, **HOẶC**  Chỉ những mục tôi đã đánh dấu bên dưới:

Cho phép trước

Hồ sơ thanh toán

Yêu cầu

Thuốc

Hồ sơ chương trình bảo hiểm y tế

Phúc lợi

Khác (Vui lòng mô tả những thông tin/tài liệu cụ thể mà quý vị đang yêu cầu):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ngày từ: \_\_\_\_\_ đến: \_\_\_\_\_

Sự kiện/sự việc (tùy chọn): \_\_\_\_\_

(ví dụ: nếu quý vị đến bệnh viện vào tháng 6 năm 2011)

**Những thông tin khác tôi cho phép tiết lộ:** Ba thể loại PHI dưới đây được bảo vệ bởi các điều luật khác. CareOregon chỉ được phép tiết lộ PHI này nếu tôi đã ký tên tắt vào khoảng trống bên cạnh nó trong mẫu đơn này. Nếu tôi chưa ký tên tắt ở đây, CareOregon không được tiết lộ thông tin thông tin này.

## Tên viết tắt

## Loại PHI

Tất cả thông tin về xét nghiệm HIV/AIDS, bao gồm đã xét nghiệm hay chưa, kết quả xét nghiệm và những hồ sơ khác liên quan đến xét nghiệm đó.

Bất kỳ thông tin sức khỏe tâm thần nào của tôi (không bao gồm ghi chú trị liệu tâm lý).

Bất kỳ thông tin về chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu liên quan đến các chẩn đoán về ma túy/rượu (Tôi cũng hiểu rằng luật liên bang quy định những bên nhận được thông tin về ma túy hoặc rượu từ CareOregon không được phép tiết lộ thông tin đó cho bất kỳ ai khác, trừ khi tôi cũng đã ký giấy cho phép cho họ làm vậy).

### Tôi hiểu các quyền của mình về giấy cho phép này:

- Tôi có thể nhờ ai đó từ Bộ phận Dịch vụ Khách hàng tại CareOregon giúp tôi hiểu công dụng của mẫu đơn này.
- Tôi biết rằng nếu cá nhân hoặc tổ chức nào nhận PHI này không phải là một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc một chương trình bảo hiểm y tế theo luật về quyền riêng tư của liên bang thì họ có thể chia sẻ những PHI nêu trên. Trong trường hợp đó, PHI của tôi sẽ không được bảo vệ theo các điều luật đó.
- Tôi biết rằng các nền tảng mạng xã hội (chẳng hạn như Facebook, Instagram, Twitter, Pinterest, v.v.), không phải là nơi an toàn để chia sẻ thông tin sức khỏe. Việc tôi tham gia vào các nhóm, chấp nhận lời mời, gửi nội dung hoặc bình luận, v.v. trên các nền tảng truyền thông xã hội đều không được bảo vệ bởi luật riêng tư liên bang.
- Tôi có thể xem hoặc lấy bản sao của bất kỳ PHI nào được cung cấp dựa trên giấy cho phép này tôi đã ký.
- Tôi không cần phải ký giấy cho phép này để được chăm sóc sức khỏe, được thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của mình, để tìm hiểu liệu tôi có hội đủ điều kiện nhận các phúc lợi bảo hiểm hoặc để đăng ký vào CareOregon hay không.
- Tôi có thể thu hồi giấy cho phép này bằng văn bản trừ khi CareOregon đã dựa vào nó để thực thi.
- Tôi có thể thay đổi ý định và hủy sự cho phép của mình bất kỳ lúc nào. Nếu tôi thay đổi ý định, tôi phải thông báo cho CareOregon biết bằng văn bản bằng cách gửi thư tới:

**Attn:**

**Enrollment Department**

**CareOregon**

**315 SW Fifth Ave**

**Portland OR 97204**

Nếu tôi thay đổi ý định và hủy bỏ sự đồng ý này, tôi hiểu rằng PHI của tôi có thể đã được sử dụng hoặc tiết lộ rồi.

### Sự cho phép tiết lộ PHI của tôi có hạn chế

Trừ khi tôi thay đổi ý định và ký một văn bản cho phép mới, giấy cho phép tiết lộ PHI này của tôi sẽ hết hiệu lực vào ngày sau đây (đánh dấu một tùy chọn):

365 ngày kể từ ngày tôi ký mẫu đơn này,

Khi sự kiện/sự việc này xảy ra (nêu sự kiện/sự việc cụ thể) \_\_\_\_\_

Hoặc, vào ngày này (ghi ngày cụ thể hoặc viết “không có ngày hết hạn”): \_\_\_\_\_

*Tôi có thể yêu cầu một bản sao của mẫu đơn này để lưu vào hồ sơ sau khi tôi đã ký tên.*

\*Chữ ký của tôi: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Tên in hoa của tôi: \_\_\_\_\_

*\*Nếu ai ký thay cho thành viên, vui lòng cung cấp một bản sao của Giấy Ủy quyền Pháp lý hoặc một văn bản pháp lý khác cho phép điều này.*

Fax mẫu đơn đã điền tới:

**503-416-3723**

**HOẶC**

Gửi bưu điện:

**Enrollment Department**

**CareOregon**

**315 SW Fifth Ave**

**Portland OR 97204**

Được chỉnh sửa vào ngày 27/04/2023