

GIẤY YÊU CẦU ĐƯỢC XEM, SAO CHÉP VÀ CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Giấy này!giải thích về!cách thức quý vị có thể xem, kiểm tra, sao chép và!cho phép tiết lộ các thông tin sức khỏe của quý vị mà chúng tôi hiện có.!Xin vui lòng đọc cẩn thận và điền đầy đủ các trang! của văn bản này.!Gửi văn bản này về địa chỉ ghi ở phần trên của văn bản này.!

PHẦN A: THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN

Tên họ hội viên:!		
Địa chỉ của hội viên:!		
Thành phố:!	Tiểu bang:!	Mã số bưu điện:!
Ngày sinh:	Số ID của hội viên:!	Điện thoại:!

PHẦN B: LOẠI THÔNG TIN

<input type="checkbox"/> Hồ sơ quản lý chăm sóc sức khỏe!	Ngày
<input type="checkbox"/> Hồ sơ yêu cầu chi trả!	Ngày
<input type="checkbox"/> Đơn ghi danh!	Ngày
<input type="checkbox"/> Yêu cầu về chấp thuận, ủy quyền y khoa!	Ngày
<input type="checkbox"/> Thông báo về quyết định	Ngày
<input type="checkbox"/> Hồ sơ yêu cầu thanh toán của nhà thuốc!	Ngày
<input type="checkbox"/> Yêu cầu về sự chấp thuận trước của nhà thuốc!	Ngày
<input type="checkbox"/> Giấy Điều trần cấp tiểu bang!	Ngày
<input type="checkbox"/> Thông tin khác (xin ghi rõ):	Ngày
<input type="checkbox"/> Tóm lược tất cả thông tin nêu trên!	Ngày

PHẦN C: MẪU ĐƠN/HÌNH THỨC MẪU ĐƠN

<input type="checkbox"/> Bản in!
<input type="checkbox"/> Tập tin điện tử!
<input type="checkbox"/> Hình thức khác (xin ghi rõ):!

Nếu L.A. Care không thể cung!cấp các thông tin bằng hình thức mà quý vị yêu cầu, thông tin sẽ được cung cấp cho quý vị bằng bản in hoặc một hình thức khác mà quý vị đã đồng!ý nhận.

PHẦN D: CÁCH THỨC CHUYỂN TRAO THÔNG TIN

- Kiểm tra, duyệt thông tin tại các văn phòng của L.A. Care!
- Đến nhận thông tin tại các văn phòng của L.A. Care!
- Gửi qua bưu điện đến địa chỉ của hội viên ghi trong hồ sơ
- Gửi thư qua bưu điện đến địa chỉ và/hoặc người khác (xin ghi rõ):!

Tên:

Địa chỉ:!

Thành phố/Tiểu bang/Mã số bưu điện:!

PHẦN E: MỤC ĐÍCH

Tôi hiểu là L.A. Care có thể yêu cầu tôi trả tiền làm bản sao Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ của tôi. Tôi biết là quý vị sẽ gọi báo cho tôi biết số tiền tôi phải trả cho những bản sao này.!

Nếu tôi yêu cầu bản tóm lược hồ sơ, tôi biết là quý vị có thể yêu cầu tôi trả tiền cho công việc lập bản tóm lược hồ sơ này. Số tiền này có thể bao gồm thời gian ước tính để lập bản tóm lược và chi phí thực hiện việc này. Quý vị cũng có thể yêu cầu tôi trả bưu phí nếu tôi yêu cầu quý vị gửi bản tóm lược hồ sơ cho tôi qua bưu điện. Tôi biết là quý vị sẽ gọi báo cho tôi biết số tiền tôi phải trả cho bản tóm lược hồ sơ này.!

PHẦN F: KÝ TÊN

Hôm nay là ngày:

Chữ ký của hội viên hay người đại diện cá nhân:!

Nếu là người đại diện, xin cho biết quan hệ:!



Gửi về: Privacy Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
(888) 452-2273
privacyofficer@lacare.org

L.A. CARE USE ONLY

Date Received/Filled Out:

If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person):

Staff Member Name:

Staff Member Extension:

Date Information Released:

Staff Name: