Chấp thuận sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe

Thông báo tới hội viên:

- Việc hoàn thành mẫu này sẽ cho phép Health Net, LLC (i) sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho mục đích cụ thể, và/hoặc (ii) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với các cá nhân hoặc thực thể mà quý vị xác định trong mẫu này.
- Quý vị không cần phải ký mẫu này hoặc cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Health Net sẽ vẫn không thay đổi nếu quý vị không ký vào mẫu này.
- Quyền hủy bỏ (thu hồi): Mẫu chấp thuận/đồng ý này có thể được thu hồi bất kỳ lúc nào ngoại trừ trong phạm vi mà Health Net hoặc người nắm giữ hợp pháp khác về thông tin sức khỏe của quý vị được phép chia sẻ đã hành động theo sự đồng ý của quý vị. Nếu quý vị muốn hủy bỏ Mẫu chấp thuận này, vui lòng điền vào Mẫu thu hồi ở trang 3 và gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ ở dưới cùng trang này.
- Health Net không thể đảm bảo rằng những cá nhân hoặc nhóm mà quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị sẽ không chia sẻ các thông tin đó cho những người khác.
- Hãy giữ lại bản sao của tất cả các mẫu đơn mà quý vị gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các bản sao nếu quý vị cần.
- Hãy điền tất cả các thông tin vào trong mẫu này. Khi quý vị hoàn thành xong, hãy gửi mẫu này qua đường bưu điện đến địa chỉ ở cuối trang 2.

Thông tin hội viên

Tên hội viên (viết in hoa):	
Ngày sinh của hội viên: / /	Số nhận dạng (Identification, ID) hội viên:

Tôi cho phép Health Net sử dụng thông tin sức khỏe của tôi vì các mục đích được nêu tên và chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với các cá nhân hoặc nhóm được nêu tên dưới đây. Mục đích của phê duyệt là để:

☐ Cho phép Health Net giúp đỡ tôi về các quyền lợi và dịch vụ của tôi.

☐ Cho phép Health Net sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho _____.

Cá nhân hoặc nhóm có thể nhận thông tin (hãy thêm các cá nhân hoặc nhóm bổ sung vào trang 2)

Tên (cá nhân hoặc nhóm):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại:

Tôi đồng ý cho phép Health Net sử dụng hoặc chia sẻ các thông tin sức khỏe sau:

☐ Tất cả các thông tin sức khỏe của tôi (**Bao gồm:** các thông tin di truyền, các dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm. Cũng bao gồm cả dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS cũng như dữ liệu và hồ sơ về sức khỏe tâm thần [nhưng không bao gồm các ghi chú Điều trị tâm lý]. Thông tin sức khỏe cũng bao gồm dữ liệu và hồ sơ về các loại thuốc theo toa/dược phẩm và các dữ liệu và hồ sơ về rượu và ma túy): **Hoặc**

☐ **Tất cả các thông tin sức khỏe của tôi NGOẠI TRỪ (tích vào tất cả các ô tương ứng):**

☐ Thông tin di truyền, các dịch vụ hoặc xét nghiệm

☐ Dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS

☐ Dữ liệu và hồ sơ về rượu và ma túy

☐ Dữ liệu và hồ sơ về sức khỏe tâm thần (nhưng không bao gồm các ghi chú điều trị tâm lý)

☐ Dữ liệu và hồ sơ về các loại thuốc theo toa/dược phẩm

☐ Khác: _____

Ngày hết hạn của đơn chấp thuận

Đơn chấp thuận này sẽ hết hạn vào / / (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng hai chữ số). Đơn chấp thuận này sẽ có hiệu lực tối đa trong vòng một năm. Nếu không cung cấp ngày, thì đơn chấp thuận sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ở bên dưới.

Chữ ký hội viên (hội viên hoặc người đại diện hợp pháp ký tên vào đây):	Ngày: / /

Nếu quý vị ký tên cho hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị với hội viên vào bên dưới. Nếu quý vị là Đại diện cá nhân của hội viên, vui lòng mô tả điều này dưới đây. Và gửi cho chúng tôi các bản sao của các mẫu đơn đó (ví dụ: giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

(Các) cá nhân hoặc thực thể khác được nhận thông tin

Lưu ý: Nếu quý vị đồng ý tiết lộ bất kỳ hồ sơ nào về tình trạng rối loạn vì lạm dụng chất gây nghiện cho người nhận mà không phải là người trả tiền bên thứ ba hoặc nhà cung cấp, cơ sở hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe nơi quý vị nhận được các dịch vụ từ nhà cung cấp điều trị, chẳng hạn như chương trình trao đổi bảo hiểm y tế hoặc một tổ chức nghiên cứu (sau đây được gọi là, "thực thể nhận"), quý vị phải nêu cụ thể tên của cá nhân hoặc tên thực thể mà quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp điều trị tại thực thể nhận đó, hoặc chỉ cần nêu rằng các hồ sơ về tình trạng rối loạn vì lạm dụng chất gây nghiện của quý vị có thể được tiết lộ cho các nhà cung cấp điều trị hiện tại và trong tương lai tại thực thể nhận đó.

Tên (cá nhân hoặc thực thể):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại:

Tên (cá nhân hoặc thực thể):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại:

Tên (cá nhân hoặc thực thể):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại:

Gửi mẫu đơn đã hoàn thiện qua đường bưu điện tới:
Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
Số điện thoại: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. là công ty chi nhánh của Health Net, LLC và Centene Corporation.
Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Mọi quyền được bảo lưu.
FRM207452VH01w (5/21)

Thu hồi chấp thuận sử dụng và/ hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe

Tôi muốn hủy bỏ, hoặc thu hồi sự chấp thuận mà tôi đã cho phép Health Net sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích nhất định và sự chấp thuận mà tôi đã cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho một cá nhân hoặc nhóm.

Cá nhân hoặc nhóm đã nhận thông tin			
Tên (cá nhân hoặc nhóm):			
Địa chỉ:			
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:	Điện thoại:
Ngày ký đơn chấp thuận (nếu biết): / /			

Thông tin hội viên	
Tên hội viên (viết in hoa):	
Ngày sinh của hội viên: / /	Thẻ nhận dạng (Identification, ID) hội viên số:

Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe của tôi có thể đã được sử dụng cho đến nay, hoặc được chia sẻ theo sự đồng ý mà tôi đã cung cấp trước đó (bao gồm, nếu cần thiết, các hồ sơ về tình trạng rối loạn vì lạm dụng chất gây nghiện của tôi.) Tôi cũng biết rằng việc hủy bỏ này chỉ áp dụng cho sự đồng ý mà tôi đã cung cấp để sử dụng thông tin sức khỏe của tôi cho mục đích nhất định hoặc, sự đồng ý để chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi với một cá nhân hoặc nhóm. **Việc hủy bỏ này sẽ không áp dụng cho các mẫu phê duyệt khác mà tôi đã ký** về các thông tin sức khỏe để:

1. Sử dụng cho các mục đích khác.
2. Chia sẻ với cá nhân hoặc nhóm khác.

Chữ ký hội viên (hội viên hoặc người đại diện hợp pháp ký tên vào đây):	Ngày:

Nếu quý vị ký tên cho hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị với hội viên vào bên dưới. Nếu quý vị là đại diện cá nhân của hội viên, vui lòng mô tả điều này dưới đây. Và gửi cho chúng tôi các bản sao của các mẫu đơn đó (ví dụ: giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

_____

Health Net sẽ ngưng sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị khi chúng tôi nhận được và xử lý mẫu đơn này. Vui lòng sử dụng địa chỉ gửi qua đường bưu điện ở bên dưới. Quý vị cũng có thể gọi điện để được trợ giúp theo số điện thoại bên dưới.

Health Net Eligibility Department
P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
Số điện thoại: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. là công ty chi nhánh của Health Net, LLC và Centene Corporation.
Health Net là nhãn hiệu dịch vụ đã đăng ký của Health Net, LLC. Mọi quyền được bảo lưu.

FRM207452VH01w (5/21)