

اجازه برای استفاده و واگذاری اطلاعات بهداشتی

اعلامیه برای اعضا:

- پر کردن این فرم به Health Net, LLC امکان خواهد داد تا (i) از اطلاعات بهداشتی شما برای منظورات خاصی استفاده کند، و/یا (ii) اطلاعات بهداشتی شما را به شخص یا نهادی که در این فرم مشخص می کنید واگذار نماید.
- لزومی ندارد که این فرم را امضاء کنید یا اجازه استفاده یا واگذاری اطلاعات بهداشتی خود را صادر نمایید. در خدمات و مزایای تحت پوشش Health Net در صورت عدم امضای این فرم تغییری ایجاد نخواهد شد.
- حق لغو (باطل) کردن: این فرم اجازه/رضایت منوط به باطل کردن در هر زمان می باشد به استثنای مواردی که Health Net یا سایر دارندگان قانونی اطلاعات بهداشتی شما که اجازه واگذاری را داشته اند قبلاً براساس رضایت شما اقدام کرده باشند. اگر می خواهید این فرم اجازه را لغو کنید، فرم باطل کردن را در صفحه 3 پر کرده و آنرا به نشانی در پایین صفحه پست کنید.
- Health Net نمی تواند تعهد کند که شخص یا گروهی که به ما اجازه واگذاری اطلاعات بهداشتی شما را به آنها داده اید آنرا به شخص دیگری واگذار نخواهند کرد.
- از همه فرم هایی که برای ما ارسال می کنید برای خودتان نسخه برداری کنید. در صورت لزوم می توانیم رونوشت آنها را برایتان ارسال نماییم.
- همه اطلاعات را در این فرم پر کنید. هنگامیکه تمام شد، آنرا به نشانی در پایین صفحه 2 پست کنید.

اطلاعات عضو

نام عضو (با حروف خوانا):

تاریخ تولد عضو: / / شماره شناسه عضو:

من رضایت می دهم که Health Net از اطلاعات بهداشتی من برای منظور ذکر شده استفاده نماید و اطلاعات بهداشتی مرا به شخص یا گروهی که در زیر ذکر شده واگذار کند. منظور از این اجازه:

به Health Net اجازه می دهد که در مورد مزایا و خدمات به من کمک کند.

به Health Net اجازه می دهد تا اطلاعات بهداشتی مرا برای این منظور استفاده یا واگذار کند.

شخص یا گروه دریافت کننده اطلاعات (سایر اشخاص یا گروه ها را در صفحه 2 اضافه کنید)

نام (شخص یا گروه):

نشانی:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

تلفن:

من به Health Net اجازه می دهم تا از اطلاعات بهداشتی زیر استفاده کرده یا آنرا واگذار کند:

همه اطلاعات بهداشتی من (شامل: اطلاعات، خدمات یا نتایج آزمایشهای ژنتیک. همچنین شامل داده ها و مدارک HIV/ایدز و داده ها و مدارک بهداشت روانی می شود [به استثنای یادداشت های روان درمانی]. اطلاعات بهداشتی شامل داده ها و مدارک مربوط به داروهای نسخه دار و داده ها و مدارک مربوط به مصرف مواد مخدر و الکل نیز می شود): یا

همه اطلاعات بهداشتی من به استثنای (همه مربع های مربوطه را علامت بزنید):

اطلاعات، خدمات یا آزمایشهای ژنتیک

داده ها و مدارک مربوط به بهداشت روانی (به استثنای یادداشت های روان درمانی)

داده ها و مدارک مربوط به HIV/ایدز

داده ها و مدارک مربوط به داروهای نسخه دار

داده ها و مدارک مربوط به مواد مخدر و الکل

سایر موارد:

انقضای مجوز:

تاریخ انقضای این اجازه / / (mm/dd/yy). این اجازه حداکثر برای یک سال معتبر خواهد بود. در صورت عدم ارائه تاریخ، یک سال از تاریخ زیر منقضی خواهد شد.

امضای عضو (عضو یا نماینده قانونی در اینجا امضاء کند):

تاریخ:

/ /

اگر برای عضو امضاء می کنید، آشنایی خود با عضو را در پایین توضیح دهید. اگر نماینده شخصی عضو می باشید، در پایین توضیح دهید. و رونوشت آن فرم ها را برای ما ارسال کنید (برای مثال، وکالت نامه یا حکم قیمومیت).

سایر شخص (ها) یا نهاد (ها) پی که اطلاعات را دریافت می کنند

توجه: اگر با واگذاری هرگونه مدارک مربوط به اختلال سوء مصرف مواد به دریافت کننده ای موافقت می کنید که پرداخت کننده شخص ثالث یا ارائه کننده، مرکز یا برنامه مراقبت درمانی نیست که از آنها خدماتی را از یک ارائه کننده درمانی دریافت کردید، از قبیل مبادله بیمه درمانی یا مؤسسه پژوهشی (از این پس "نهاد دریافت کننده" خوانده می شود)، شما باید نام شخص یا نهادی که از وی خدماتی را از یک ارائه کننده درمانی در نهاد دریافت کننده دریافت کردید را ذکر کنید یا صرفاً متذکر شوید که مدارک اختلال سوء مصرف مواد شما را می توان به ارائه کنندگان جاری و آتی شما در نهاد دریافت کننده واگذار نمود.

نام (شخص یا نهاد):

نشانی:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

تلفن:

نام (شخص یا نهاد):

نشانی:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

تلفن:

نام (شخص یا نهاد):

نشانی:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

تلفن:

فرم پر شده را به این نشانی پست کنید:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

تلفن: 844-222-3180، نمابر: 800-275-4737

Health Net Community Solutions, Inc. یک شرکت وابسته به Health Net, LLC و Centene Corporation می باشد. Health Net علامت خدماتی ثبت شده Health Net, LLC می باشد. کلیه حقوق محفوظ است.

FRM207452FH01w (5/21)

ابطال اجازه برای استفاده و/یا واگذاری اطلاعات بهداشتی

من می خواهم رضایتی که برای استفاده از اطلاعات بهداشتی من برای منظورات خاص دادم و رضایتی که برای واگذاری اطلاعات بهداشتی من به شخص یا گروهی دادم را لغو یا ابطال کنم.

شخص یا گروهی که اطلاعات را دریافت کرد			
نام (شخص یا گروه):			
نشانی:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	تلفن:
تاریخ امضاء شده اجازه (در صورت آگاهی): / /			
اطلاعات عضو			
نام عضو (با حروف خوانا):			
تاریخ تولد عضو:		شماره شناسه عضو:	
<p>من توجه دارم که ممکن است از اطلاعات بهداشتی من به خاطر رضایتی که قبلاً دادم تا حالا استفاده شده یا واگذار شده باشد (شامل مدارک اختلال مصرف مواد من در صورت لزوم). من همچنین توجه دارم که این لغو صرفاً به رضایتی مربوط می شود که برای استفاده از اطلاعات بهداشتی من برای منظورات خاص دادم یا رضایتی که برای واگذاری اطلاعات بهداشتی من به شخص یا گروهی دادم. این موضوع هیچگونه فرم اجازه دیگری که برای اطلاعات بهداشتی به منظورهای زیر امضاء کردم را لغو نمی کند:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. استفاده برای منظور دیگری. 2. واگذاری به شخص یا گروه دیگری. 			
امضای عضو (عضو یا نماینده قانونی در اینجا امضاء کند):		تاریخ:	
اگر برای عضو امضاء می کنید، آشنایی خود با عضو را در پایین توضیح دهید. اگر نماینده شخصی عضو می باشید، در پایین توضیح دهید. و رونوشت آن فرم ها را برای ما ارسال کنید (برای مثال، وکالت نامه یا حکم قیمومیت).			

هنگامیکه این فرم را دریافت و به آن رسیدگی کردیم، Health Net استفاده از اطلاعات بهداشتی شما یا واگذاری آنرا را متوقف می کند. از نشانی پستی زیر استفاده کنید. همچنین می توانید برای دریافت کمک و راهنمایی با شماره زیر تماس بگیرید.

Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

تلفن: 800-275-4737، نمابر: 844-222-3180