

Առողջական տեղեկության օգտագործման և բացահայտման լիազորում



ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ ԱՆԴԱՄԻՆ՝

- Այս ձևաթղթի լրացումը Health Net, LLC-ին թույլ կտա՝ (i) Ձեր առողջական տեղեկությունն օգտագործել մի որոշակի նպատակով և/կամ (ii) Ձեր առողջական տեղեկությունը կիսել այն անձի կամ էության հետ, որի ինքնությունը հաստատում եք այս ձևաթղթի վրա:
- Պարտավոր չեք այս ձևաթուղթը ստորագրել կամ արտոնություն տալ Ձեր առողջական տեղեկության օգտագործման կամ կիսման համար: Health Net-ի մոր Ձեր ծառայություններն ու նպաստները չեն փոխվի այս ձևաթուղթը չստորագրելու դեպքում:
- Ձևշերտ (չեղյալ համարելու) իրավունք՝ Այս լիազորման/համաձայնության ձևաթուղթը ենթակա է որևէ ժամանակ չեղյալ համարելու, բացի այն դեպքից, երբ Health Net-ը կամ Ձեր առողջական տեղեկության ուրիշ օրինական սեփականատեր, որին արտոնվել է այն կիսել, արդեն գործել է ըստ Ձեր համաձայնության: Եթե ցանկանում եք ջնջել այս Լիազորման ձևաթուղթը, լրացրեք 3-րդ էջի Չեղյալ հայտարարման ձևաթուղթը և փոստով ուղարկեք էջի ներքևի մասի հասցեով:
- Health Net-ը չի կարող խոստանալ, որ անձը կամ խումբը, որի հետ մեզ թույլ եք տալիս կիսել Ձեր առողջական տեղեկությունը, այն չի կիսի մեկ ուրիշի հետ:
- Պահեք պատճենը բոլոր ձևաթղթերի, որոնք ուղարկում եք մեզ: Մենք կարող ենք պատճենները Ձեզ ուղարկել երբ դրանք անհրաժեշտ լինեն Ձեզ:
- Լրացրեք այս ձևաթղթի վրա գտնվող բոլոր տեղեկությունները: Լրացնելուց հետո, փոստով ուղարկեք 2-րդ էջի ներքևի մասում գտնվող հասցեով:

Անդամի վերաբերյալ տեղեկություն

Հիվանդի անունը (տպատառով)՝ _____

Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝ ____ / ____ / ____ | Անդամի ճանաչողական համարը՝ _____

ԵՍ Health Net-ին ՏԱԼԻՍ ԵՄ ԻՄ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ ԻՄ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼՈՒ ՆԵՐՔԵՎՈՒՄ ՆՇՎԱԾ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԿԱՄ ԻՄ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԻՍԵԼՈՒ ՆԵՐՔԵՎՈՒՄ ՆՇՎԱԾ ԱՆՁԻ ԿԱՄ ԽՄԲԻ ՀԵՏ: ԱՅՍ ԱՐՏՈՆՈՒԹՅԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆ Է ՀԵՏԵՎՅԱԼԸ՝

Health Net-ին թույլ տալ, որ ինձ օգնի իմ նպաստների և ծառայությունների կապակցությամբ:

Health Net-ին արտոնել, որ իմ առողջական տեղեկությունը օգտագործի կամ կիսի հետևյալ նպատակով՝ _____:

Տեղեկությունն ստանալիք անձը կամ խումբը (2-րդ էջում ավելացրեք հավելյալ անձեր կամ խմբեր)

Անուն (անձ կամ խումբ)՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային թվանիշ՝	Հեռախոս՝

ԵՍ Health Net-ին տալիս եմ հետևյալ առողջական տեղեկության օգտագործման կամ կիսման համաձայնությունը

- Իմ բոլոր առողջական տեղեկությունները (ՍԱ ՆԵՐԱՌՈՒՄ Է՝ գենետիկական տեղեկությունը, ծառայությունները կամ ստուգումների արդյունքները: Այն նաև ներառում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տվյալները և արձանագրություններն ու հոգեկան առողջության տվյալները և արձանագրությունները [բայց ոչ Հոգեբուժական գրառումները]: Առողջական տեղեկությունը նաև ներառում է դեղատոմսային դեղերի/դեղամիջոցների տվյալներն ու արձանագրությունները, և թմրանյութերի և ալկոհոլի տվյալներն ու արձանագրությունները)՝ **ԿԱՄ**
- Իմ բոլոր առողջական տեղեկությունները **ԲԱՑԻ (նշեք բոլոր կիրառելի բառակուսիները)**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Գենետիկական տեղեկությունը, ծառայությունները կամ ստուգումների արդյունքները | <input type="checkbox"/> Հոգեկան առողջության տվյալներն ու արձանագրությունները (բայց ոչ հոգեբուժական գրառումները) |
| <input type="checkbox"/> ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի տվյալները և արձանագրությունները | <input type="checkbox"/> դեղատոմսային դեղերի/դեղամիջոցների տվյալներն ու արձանագրությունները |
| <input type="checkbox"/> Թմրանյութերի և ալկոհոլի տվյալներն ու արձանագրությունները | <input type="checkbox"/> Այլ՝ _____ |

Լիազորման ժամկետանցումը

Այս լիազորումը կժամկետանցվի / / (ամիս/օր/տարի) թվականին: Այն վավեր կլինի առավելագույնը մեկ տարի: Եթե ամսաթիվ չի նշվել, այն կժամկետանցվի ներքևում գտնվող ամսաթվից մեկ տարի անց:

Անդամի ստորագրությունը (անդամ կամ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրեք այստեղ)՝

Ամսաթիվ՝
/ /

Եթե ստորագրում եք անդամի համար, նկարագրեք, թե ինչպես եք ճանաչում ներքևի անդամին: Եթե անդամի Անձնական ներկայացուցիչն եք, նկարագրեք այն ներքևում: Եվ մեզ ուղարկեք այդ ձևաթղթերի պատճենները (օրինակ՝ լիազորագիր կամ ինսամակալության հրաման):

Տեղեկությունն ստանալիք այլ անձ(եր) կամ Էություն(ներ)

ՆՇՈՒՄ Եթե համաձայնում եք որևէ թմրանյութի օգտագործման խանգարման արձանագրություն բացահայտել այն ստացողի, որը ո՛չ երրորդ կողմի վճարող է, ո՛չ էլ առողջական խնամքի մատակարար, հաստատություն, կամ ծրագիր, որտեղ ծառայություն եք ստանում բուժող մատակարարից, ինչպիսին է առողջական ապահովագրության շուկան կամ հետազոտական հիմնարկը (այսուհետև «ստացող Էություն»), պետք է հատկապես նշեք անունը այն անձի՝ ում մոտ, կամ այն Էության՝ որտեղ ծառայություններ եք ստանում բուժող մատակարարից այդ ստացող Էության մոտ, կամ պարզապես նշեք, որ Ձեր թմրանյութերի օգտագործման խանգարման արձանագրությունները կարելի է բացահայտել Ձեր ընթացիկ և հետագա բուժող մատակարարներին՝ ստացող Էության մոտ:

Անուն (անհատ կամ Էություն)՝

Հասցե՝

Քաղաք՝

Նահանգ՝

Փոստային թվանիշ՝

Հեռախոս՝

Անուն (անհատ կամ Էություն)՝

Հասցե՝

Քաղաք՝

Նահանգ՝

Փոստային թվանիշ՝

Հեռախոս՝

Անուն (անհատ կամ Էություն)՝

Հասցե՝

Քաղաք՝

Նահանգ՝

Փոստային թվանիշ՝

Հեռախոս՝

Լրացված ձևաթուղթը փոստով ուղարկեք հետևյալին՝

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

Հեռախոս՝ 800-275-4737, Ֆաքս՝ 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. -ը դուստր ձեռնարկությունն է Health Net, LLC. -ի և Centene Corporation-ի: Health Net-ը գրանցված ծառայողական նշանն է Health Net, LLC-ի: Բոլոր իրավունքները վերապահված:

FRM207452MH01w (5/21)

Առողջական տեղեկության օգտագործման և/կամ բացահայտման լիազորման չեղյալ համարում



Ցանկանում եմ ջնջել, կամ չեղյալ համարել համաձայնությունը, որը տվել եմ Health Net-ին իմ առողջական տեղեկությունը մի որոշակի նպատակով օգտագործելու համար և համաձայնությունը, որը տվել եմ իմ առողջական տեղեկությունը մի անձի կամ խմբի հետ կիսելու համար:

Տեղեկությունն ստացած անձը կամ խումբը			
Անուն (անձ կամ խումբ)՝			
Հասցե՝			
Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային թվանիշ՝	Հեռախոս՝
Լիազորման ստորագրության ամսաթիվը (եթե հայտնի է)՝ / /			
Անդամի վերաբերյալ տեղեկություն			
Հիվանդի անունը (տպատառով)՝			
Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝ / /		Անդամի ճանաչողական համար՝	
<p>Ես հասկանում եմ, որ իմ առողջական տեղեկությունը թերևս արդեն օգտագործվել է, կամ կիսվել է նախապես իմ տված համաձայնության պատճառով (ներառյալ, ըստ անհրաժեշտության, իմ թմրանյութերի օգտագործման խանգարման արձանագրությունները): Ես նույնպես գիտեմ, որ այս ջնջումը կիրառելի է միայն համաձայնության համար, որը տվել եմ իմ առողջական տեղեկությունը մի որոշակի նպատակով օգտագործելու կամ իմ առողջական տեղեկությունը մի անձի կամ խմբի հետ կիսելու համար: Այն չի ջնջի որևէ այլ վավերացման ձևաթուղթ, որը ստորագրել եմ առողջական տեղեկությունը՝</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Օգտագործելու համար ուրիշ նպատակով: 2. Կիսելու համար ուրիշ անձի կամ խմբի հետ: 			
Անդամի ստորագրությունը (անդամ կամ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրեք այստեղ)՝		Ամսաթիվ՝	
<p>Եթե ստորագրում եք անդամի համար, նկարագրեք, թե ինչպես եք ճանաչում ներքևի անդամին: Եթե անդամի անձնական ներկայացուցիչն եք, նկարագրեք այն ներքևում: Եվ մեզ ուղարկեք այդ ձևաթղթերի պատճենները (օրինակ՝ լիազորագիր կամ ինսամակալության հրաման):</p>			

Health Net-ը կդադարի օգտագործել կամ կիսել Ձեր առողջական տեղեկությունը՝ երբ ստանանք և ընթացքի մեջ դնենք այս ձևաթուղթը: Օգտագործեք ներքևի փոստային հասցեն: Կարող եք նաև օգնության համար գանգահարել ներքևի համարով:

Health Net Eligibility Department
 P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
 Հեռախոս՝ 800-275-4737, Ֆաքս՝ 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc.-ը դուստր ձեռնարկությունն է Health Net, LLC.-ի և Centene Corporation-ի: Health Net-ը գրանցված ծառայողական նշանն է Health Net, LLC-ի: Բոլոր իրավունքները վերապահված: