

Giấy cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI)



Khi hoàn thành mẫu đơn này nghĩa là quý vị sẽ cho phép ODS Community Dental sử dụng và chia sẻ PHI của quý vị. Vui lòng viết in hoa rõ ràng bằng mực đen hoặc xanh dương và làm theo hướng dẫn ở mặt sau để gửi lại mẫu đơn này cho chúng tôi.

Phần 1: Thông tin hội viên (bệnh nhân)

Tên	Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	Số ID
-----	----------------------------	-------

Phần 2: Giấy ủy quyền

Tôi hiểu rằng ODS Community Dental có được PHI về tôi thông qua các dịch vụ hội viên của tôi.
Tôi cho phép ODS Community Dental sử dụng và chia sẻ thông tin của tôi với:

Tên	Mối quan hệ		
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

Vì lý do (chọn một):

- Thảo luận tất cả các thông tin có liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe, việc điều trị và thanh toán của tôi.
- Khác (vui lòng nêu rõ lý do): _____

PHI của tôi bao gồm:

- Hồ sơ y tế
- Bảng kê thanh toán
- Kết quả chiếu chụp
- Kết quả xét nghiệm
- Hồ sơ nha khoa
- Hồ sơ vật lý trị liệu
- Hồ sơ của bệnh viện (bao gồm hồ sơ điều dưỡng và ghi chú tiến triển) và
- Bất kỳ thông tin cá nhân hoặc y tế nào liên quan đến mục đích của việc cho phép này.

Chỉ những thông tin chi tiết cần thiết về PHI của quý vị mới được sử dụng vì lý do trên.

Nếu PHI của quý vị bao gồm bất kỳ thông tin nào được chọn dưới đây, có thể áp dụng các luật khác.
Tôi hiểu và đồng ý rằng PHI của tôi sẽ chỉ được chia sẻ nếu tôi đánh dấu vào bất kỳ ô nào dưới đây:

- Thông tin kết quả hoặc xét nghiệm HIV/AIDS và các hồ sơ liên quan
- Thông tin xét nghiệm di truyền
- Kết quả chẩn đoán sử dụng rượu/ma túy, thông tin điều trị hoặc giới thiệu
- Thông tin sức khỏe tâm thần
- Sức khỏe sinh sản

Tôi hiểu rằng PHI của tôi có thể được chia sẻ lại và không còn được luật liên bang bảo vệ. Tuy nhiên, luật tiểu bang hoặc liên bang có thể hạn chế việc chia sẻ lại các xét nghiệm hoặc kết quả về thông tin đã đánh dấu bên trên.

Trừ khi bị loại bỏ, giấy cho phép này sẽ có hiệu lực cho đến khi (chọn một):

Ngày: _____ / _____ / _____ (không quá 24 tháng kể từ ngày ký)*

Biếncố: _____

(Thời gian xảy ra biến cố sẽ được giới hạn tối đa trong 24 tháng. Các biến cố như “Tử vong”, “Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm” hoặc “Cho đến khi bị thu hồi” là những ví dụ về các biến cố không hợp lệ dẫn đến việc trả lại giấy cho phép này là không hợp lệ).

*Nếu không ghi ngày (để trống), giấy cho phép sẽ có hiệu lực trong 24 tháng kể từ ngày ký.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng tôi đã xem xét và hiểu rõ giấy cho phép này

Chữ ký của cá nhân X	Ngày ký
-------------------------	---------

hoặc

Chữ ký của người đại diện cá nhân X	Ngày ký
Tên in hoa của người đại diện	Mối quan hệ**

****Vui lòng đính kèm giấy tờ hợp pháp nếu quý vị là người giám hộ hợp pháp, người chăm sóc hợp pháp hoặc người có Giấy ủy quyền hoặc có các quyền hợp pháp khác đối với hội viên này.**

Để giấy cho phép này có hiệu lực, quý vị phải hoàn thành tất cả các phần. Hội viên sẽ giữ một bản sao đã điền đầy đủ thông tin.

Quý vị đã sẵn sàng gửi mẫu đơn chưa?

Gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ:
ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

Quý vị có thắc mắc? Hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ khách hàng của ODS Community Dental theo số 800-342-0526. (Người dùng TTY gọi số 711.)

odscommunitydental.com/members

ODS Community Dental phải tuân thủ các luật dân quyền của tiểu bang và liên bang. Chúng tôi không được đối xử không công bằng với mọi người liên quan đến bất kỳ dịch vụ hoặc chương trình nào của chúng tôi vì độ tuổi, màu da, tình trạng khuyết tật, bản dạng giới, tình trạng hôn nhân, nguồn gốc quốc gia, chủng tộc, tôn giáo, giới tính hoặc khuynh hướng tình dục của họ.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 888-788-9821 (TTY: 711).
注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用: 711。