

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY **MẪU CHỈ ĐỊNH ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN**

Luật liên bang yêu cầu San Francisco Health Plan (SFHP) bảo vệ quyền riêng tư của thông tin nhận diện quý vị và thông tin liên quan đến bệnh trạng cũng như sức khỏe tâm thần và thể chất của quý vị trong quá khứ, hiện tại và tương lai (“thông tin sức khỏe được bảo vệ”).

Việc điền mẫu này sẽ chỉ định cho quý vị Đại diện Cá nhân theo lựa chọn của quý vị. Đại diện Cá nhân của quý vị sẽ được ủy quyền đưa ra các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe hoặc yêu cầu thay mặt quý vị. Đại diện Cá nhân của quý vị sẽ có thể sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị. **Nếu không cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu thì giấy ủy quyền này có thể vô giá trị.**

THÔNG BÁO VỀ CÁC QUYỀN VÀ NHỮNG THÔNG

- Tôi hiểu rằng tôi không buộc phải điền mẫu này cho SFHP trừ khi tôi muốn có Đại diện Cá nhân. Việc chỉ định Đại diện Cá nhân là tự nguyện và tôi có thể từ chối ký mẫu này.
- SFHP sẽ không đặt điều kiện cho việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc điều kiện hưởng các phúc lợi dựa trên việc ký giấy ủy quyền này.
- Tôi có thể hủy giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào. Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bằng lời nói hoặc văn bản. Tôi hiểu rằng việc thu hồi Đại diện Cá nhân của tôi sẽ không áp dụng cho bất kỳ thông tin nào đã được tiết lộ dựa trên giấy ủy quyền này.
- Thông tin được tiết lộ theo giấy ủy quyền này có thể đã được người nhận tái tiết lộ và có thể không còn được bảo vệ theo luật bảo mật của liên bang.
- Tôi hiểu và đồng ý rằng giấy ủy quyền này sẽ tiếp tục có giá trị miễn là tôi còn đăng ký tham gia SFHP, tuân thủ tất cả các giới hạn khác được định nghĩa trong giấy ủy quyền này, bao gồm cả ngày hết hạn và quyền thu hồi giấy ủy quyền này của tôi bất cứ lúc nào.
- SFHP có thể chọn không coi người được chỉ định là Đại diện Cá nhân của tôi nếu có lý do tin tưởng hợp lý rằng: 1) tôi bị người này bạo hành gia đình, lạm dụng hoặc bỏ bê, 2) nếu người này là Đại diện Cá nhân của tôi thì có thể gây nguy hiểm cho tôi hoặc 3) trong khi tiến hành đánh giá chuyên môn, SFHP quyết định rằng việc coi người được chỉ định là Đại diện Cá nhân của tôi sẽ không mang lại lợi ích tốt nhất cho tôi.
- Tôi có quyền nhận một bản sao giấy ủy quyền này khi yêu cầu.

Sau khi ký tên, vui lòng sao lại giấy ủy quyền này để lưu và sau đó gửi thư hoặc fax về:

San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825

CHỈ ĐỊNH THÔNG TIN ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

Theo đây, tôi chỉ định Đại diện Cá nhân của tôi như sau:

Thông tin Hội viên:

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____ Số Điện thoại: _____

Chương trình bảo hiểm Sức khỏe: _____ Số ID : _____

Thông tin Đại diện Cá nhân:

Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____ Số Điện thoại: _____

Quan hệ với Hội viên: _____

Giấy ủy quyền này áp dụng đối với những thông tin sức khỏe được bảo vệ và các quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe sau đây (*chỉ* chọn một trong những trường hợp sau):

- Tất cả những thông tin sức khỏe được bảo vệ và các quyết định chăm sóc sức khỏe về tiền sử y khoa, bệnh thể chất hoặc tâm thần và điều trị đã nhận, *kể cả* xét nghiệm, tư vấn và/hoặc điều trị Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) hoặc HIV, điều trị nghiện rượu và/hoặc ma túy, dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc hành vi và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.
- Tất cả những thông tin sức khỏe được bảo vệ và các quyết định chăm sóc sức khỏe về tiền sử y khoa, bệnh thể chất hoặc tâm thần và điều trị đã nhận, *ngoại trừ* xét nghiệm, tư vấn và/hoặc điều trị Hội chứng Suy giảm Miễn dịch Mắc phải (AIDS) hoặc HIV, điều trị nghiện rượu và/hoặc ma túy, dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc hành vi và dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.
- Chỉ những loại thông tin sức khỏe được bảo vệ và các quyết định chăm sóc sức khỏe sau đây (bao gồm bất kể ngày nào): _____

NGÀY CÓ HIỆU LỰC

Việc chỉ định Đại diện Cá nhân này bắt đầu có hiệu lực vào ngày _____
và sẽ hết hiệu lực vào ngày _____ (Vui lòng viết "N/A" nếu quý vị
không muốn giấy ủy quyền Đại diện Cá nhân hết hạn vào ngày đã ấn định. Xin nhớ: quý
vị luôn có thể thu hồi ủy quyền Đại diện Cá nhân của mình bất cứ lúc nào.)

CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN VÀ ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

Ngày: _____ Thời gian: _____ AM/PM

Chữ ký: _____
(Hội viên)

Ngày: _____ Thời gian: _____ AM/PM

Chữ ký: _____
(Đại diện Cá nhân)

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi TDD/TTY line theo số **1(415) 547-7830**, số miễn phí **1(888) 883-7347** hoặc qua California Relay Service theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở định dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu SFHP khác, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555**.