

MẪU YÊU CẦU TRUY CẬP HỒ SƠ **SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY**

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

Quý vị có quyền xem xét và lấy một bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của mình do SFHP lưu giữ. Vui lòng lưu ý rằng SFHP không lưu giữ hồ sơ y tế - nếu cần hồ sơ y tế, quý vị nên liên hệ với (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

Quý vị chỉ được sử dụng mẫu Yêu cầu Truy cập Hồ sơ này cho một lần yêu cầu hồ sơ. Quý vị phải điền mẫu Yêu cầu Truy cập Hồ sơ mới cho mỗi lần yêu cầu thêm hồ sơ. Nếu quý vị không cung cấp *tất cả* thông tin được yêu cầu thì giấy ủy quyền này có thể bị vô giá trị. Quý vị có quyền nhận một bản sao của yêu cầu này.

* Nếu bổ sung thêm số điện thoại, thì quý vị đồng ý cho phép nhân viên SFHP gọi cho quý vị liên quan yêu cầu này theo số điện thoại mà quý vị cung cấp.

HỘI VIÊN HOẶC ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN YÊU CẦU TRUY CẬP:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại*: _____ Ngày Sinh: _____

Số Thẻ / Số An sinh Xã hội của Hội viên: _____

VUI LÒNG GHI RÕ NHỮNG HỒ SƠ MÀ QUÝ VỊ MUỐN LẤY BẢN SAO:

Khoảng Ngày của Tài liệu được Yêu cầu: _____

CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN:

Ngày: _____

Nếu đây là yêu cầu của Đại diện Cá nhân thay mặt cho cá nhân, vui lòng điền các mục sau:

Tên của Đại diện Cá nhân: _____

Quan hệ với Cá nhân: _____

Chữ ký của 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**.