

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY MẪU ỦY QUYỀN VÀ TIẾT LỘ TIÊU CHUẨN

San Francisco Health Plan (SFHP) phải lưu giữ an toàn và bảo mật thông tin sức khỏe của quý vị.

Luật liên bang yêu cầu San Francisco Health Plan (SFHP) phải 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”).

Việc hoàn tất mẫu đơn này cho phép sử dụng/tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ, như được nêu dưới đây, nhất quán với luật liên bang và California liên quan đến tính riêng tư của thông tin đó.

Điền vào mẫu này để cho phép SFHP chia sẻ thông tin của quý vị. **Quý vị cần phải điền mọi thông tin trong mẫu này.** Nếu quý vị không điền tất cả thông tin thì SFHP không thể chia sẻ thông tin của quý vị.

- Quý vị không cần phải ký tên vào mẫu này.
- Quý vị có thể thay đổi ý định sau khi ký tên vào mẫu này và thu hồi giấy ủy quyền của mình.
- Nếu quý vị muốn ngừng chia sẻ thông tin sức khỏe của mình thì quý vị hoặc người đại diện của quý vị phải gửi thư đến SFHP. Thư này phải ở dạng văn bản có tên và chữ ký của quý vị hoặc chữ ký của người đại diện được ủy quyền trên đó. Thư này cho biết là quý vị không muốn chia sẻ thông tin sức khỏe của mình.

- Gửi thư đến:

San Francisco Health Plan
To: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

- Quá trình thu hồi sẽ có hiệu lực sau khi SFHP nhận được yêu cầu thu hồi của quý vị như mô tả ở trên. Văn bản thu hồi này sẽ không có hiệu lực khi SFHP hoặc những người khác đã hành động dựa trên giấy ủy quyền này sau ngày giấy ủy quyền có hiệu lực và trước ngày thu hồi.
- Quý vị có thể yêu cầu một bản sao của mẫu này. Nếu muốn có một bản sao của mẫu này thì quý vị cần gửi thư bằng văn bản đến SFHP.
- Việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc tình trạng hội đủ điều kiện hưởng quyền lợi sẽ không dựa trên việc quý vị cung cấp hay từ chối cung cấp giấy ủy quyền này.



- Thông tin được tiết lộ dưới sự ủy quyền này có thể sẽ được người nhận tiết lộ lại và có thể không còn được bảo vệ theo các luật bảo mật thông tin của liên bang. Tuy nhiên, luật California cấm người nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị tiết lộ thêm thông tin trừ khi nhận thêm một giấy ủy quyền khác từ quý vị cho phép việc tiết lộ đó hoặc trừ khi luật pháp yêu cầu hoặc cho phép một cách cụ thể việc tiết lộ đó.
- SFHP sẽ không chia sẻ thông tin y tế về các Dịch vụ Nhạy cảm của quý vị với bất kỳ người nào nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của quý vị.
- Quý vị không cần phải xin phép người khác để nhận các Dịch vụ Nhạy cảm hoặc gửi yêu cầu về các Dịch vụ Nhạy cảm nếu quý vị có quyền chấp thuận. Quý vị có thể phải thuộc độ tuổi cụ thể hoặc có đủ năng lực để chấp thuận tùy vào loại Dịch vụ Nhạy cảm.
 - Dịch vụ Nhạy cảm có thể dành cho sức khỏe tâm thần hoặc hành vi, sức khỏe tình dục và sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao gồm HIV và AIDS), vấn đề về rượu hoặc ma túy, chăm sóc người chuyển giới và bạo lực từ gia đình hoặc bạn tình của tôi.
- Quý vị có thể kiểm tra hoặc nhận một bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ theo giấy ủy quyền này, bằng cách gửi văn bản yêu cầu đến SFHP.
- Bảng chứng Bảo hiểm của SFHP tiết lộ các điều khoản và điều kiện bảo hiểm.
- Bằng việc ký tên vào mẫu này, quý vị đồng ý với giấy ủy quyền này và thể hiện là quý vị hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ có giá trị trong thời gian quý vị tham gia SFHP, với các trường hợp ngoại lệ được nêu trong mẫu này như ngày hết hạn và quyền thu hồi giấy ủy quyền của quý vị bất cứ lúc nào.

SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

Bằng phương tiện này, tôi cho phép sử dụng/tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi như sau:

Tên của người mà quý vị sẽ cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị:

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Tên của cá nhân/tổ chức được ủy quyền nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị:

Lý do quý vị muốn chia sẻ thông tin của mình: _____

THÔNG TIN MÀ SAN FRANCISCO HEALTH PLAN CÓ THỂ CHIA SẺ

Tôi cho phép San Francisco Health Plan chia sẻ thông tin dưới đây (chỉ chọn **MỘT** ô).

☐ Tôi đồng ý chỉ chia sẻ tất cả thông tin sức khỏe của mình.

Bao gồm nhưng không giới hạn với thông tin y tế, chẩn đoán (tên của bệnh hoặc tình trạng), yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm, bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng như thông tin về tài chính. Thông tin này **không bao gồm thông tin nhạy cảm (riêng tư)** trừ khi đánh dấu vào ô **sau đây**.

HOẶC

☐ Tôi đồng ý chỉ chia sẻ một số thông tin sức khỏe của mình. (Đánh dấu **TẤT CẢ** các ô thích hợp).

- ☐ Khiếu nại và kháng nghị (Khiếu nại pháp lý bằng văn bản)
- ☐ Quyền lợi và bảo hiểm
- ☐ Thanh toán
- ☐ Yêu cầu bồi hoàn bảo hiểm và thanh toán
- ☐ Chẩn đoán (tên hoặc tình trạng của bệnh) và thủ thuật (điều trị)
- ☐ Tình trạng hội đủ điều kiện và đăng ký tham gia
- ☐ Tài chính
- ☐ Hồ sơ y tế
- ☐ Bác sĩ và Bệnh viện
- ☐ Ủy quyền trước (chấp thuận điều trị)
- ☐ Giới thiệu
- ☐ Điều trị
- ☐ Tiêm thuốc tây
- ☐ Khác: _____

Tôi cũng cho phép San Francisco Health Plan chia sẻ thông tin riêng tư được liệt kê dưới đây. (Đánh dấu **TẤT CẢ** các ô mà quý vị đồng ý).

☐ Tất cả thông tin nhạy cảm (riêng tư)

HOẶC

☐ Chỉ thông tin về các chủ đề được đánh dấu dưới đây:

- ☐ Phá thai (kết thúc thai kỳ)
- ☐ Lạm dụng (tình dục/ thể chất/ tinh thần)
- ☐ Các vấn đề về rượu hoặc ma túy



- ☐ Sức khỏe hành vi
- ☐ Chăm sóc người chuyển giới
- ☐ Xét nghiệm di truyền
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Thai sản (thai kỳ)
- ☐ Sức khỏe tâm thần
- ☐ Bệnh lây truyền qua đường tình dục
- ☐ Khác: _____

NGÀY BẮT ĐẦU VÀ KẾT THÚC CỦA MẪU ĐƠN NÀY

(Vui lòng viết “N/A” nếu quý vị không muốn đơn này kết thúc vào một ngày nhất định.)

Quý vị có thể chấm dứt thỏa thuận được liệt kê trên bản tiết lộ và ủy quyền tiêu chuẩn này bất cứ lúc nào.

Thỏa thuận trên biểu mẫu này bắt đầu vào ngày _____ và sẽ kết thúc vào ngày _____

CHỮ KÝ HỘI VIÊN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN

Chữ ký: _____

Ngày: _____ Giờ: _____ AM/PM

Nếu không phải do hội viên ký thì hãy nêu tên người ký và mối quan hệ pháp lý với hội viên.

Sau khi ký tên vào mẫu này, quý vị sẽ lưu lại một bản.

Sau đó gửi thư hoặc fax mẫu này tới:

San Francisco Health Plan

Attn: Compliance Officer

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

Fax: 1(415) 547-7825



California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình thì trước hết quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình theo số **(1-415-547-7800)** hoặc **(1-800-288-5555)** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với sở. Khi sử dụng quy trình khiếu nại này, quý vị không bị mất bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp giải quyết nào có thể có dành cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp khẩn cấp, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc quá 30 ngày mà khiếu nại vẫn không được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Kiểm tra Y khoa Độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện để yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ đưa ra xét duyệt khách quan về các quyết định y khoa của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, các quyết định về bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở này cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên Internet của sở **www.dmhca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến”.

“Văn phòng Thanh tra” Quản lý Chăm sóc Medi-Cal Tiểu bang có thể trợ giúp quý vị nếu có thắc mắc. Quý vị có thể gọi cho họ theo số **1(888) 452-8609**. Giờ Làm việc từ 8:00am đến 5:00pm PST, Thứ Hai đến Thứ Sáu, trừ ngày lễ.

Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ của mình trợ giúp hoặc gọi cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của SFHP theo số **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (miễn phí) hoặc TTY **1(888) 883-7347**. Giờ làm việc hành chính là từ 8:30am đến 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu.