

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

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 trạng 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”).

Bằng cách điền vào mẫu đơn này, quý vị cho phép sử dụng/tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ, như được nêu dưới đây, phù hợp với luật liên bang và luật của California liên quan đến quyền riêng tư về thông tin đó. **Nếu không cung cấp *tất cả* thông tin được yêu cầu thì giấy ủy quyền này có thể bị vô giá trị.**

### **THÔNG BÁO VỀ CÁC QUYỀN VÀ THÔNG TIN KHÁC**

- Tôi có thể từ chối ký vào giấy ủy quyền này.
- Tôi có thể thu hồi giấy ủy quyền này bất cứ lúc nào. Đơn thu hồi của tôi phải được lập thành bằng văn bản, có chữ ký của tôi hoặc người thay mặt tôi và gửi đến địa chỉ sau:

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

- Đơn thu hồi của tôi sẽ có hiệu lực khi SFHP nhận được. Tuy nhiên, đơn 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.
- Tôi có quyền nhận một bản sao giấy ủy quyền này sau khi gửi văn bản yêu cầu.
- Việc điều trị, thanh toán, đăng ký hoặc điều kiện hưởng quyền lợi sẽ không dựa trên việc tôi cung cấp hay từ chối cung cấp giấy ủy quyền này.
- Thông tin được tiết lộ theo giấy 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 của liên bang. Tuy nhiên, luật California cấm người nhận thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi tiết lộ thêm thông tin trừ khi nhận thêm một giấy ủy quyền khác từ tôi cho phép việc tiết lộ đó hoặc trừ khi luật pháp yêu cầu hoặc cho phép một cách cụ thể việc tiết lộ đó.
- Tôi 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.

- Tôi hiểu và đồng ý rằng giấy ủy quyền này sẽ tiếp tục hợp lệ miễn là tôi còn đang 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.

Sau khi ký tên, vui lòng sao lại giấy ủy quyền này để lưu giữ, sau đó gửi lại qua bưu điện hoặc fax đến:  
San Francisco Health Plan  
Attn: Compliance Officer  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119  
Fax: 1(415) 547-7825

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

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

### Nhân khẩu học của Hội viên:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip: \_\_\_\_\_ Số Điện thoại: \_\_\_\_\_

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe: \_\_\_\_\_ Số ID: \_\_\_\_\_

Cá nhân/Tổ chức được ủy quyền *tiết lộ* thông tin sức khỏe được bảo vệ:

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

Cá nhân/Tổ chức được ủy quyền *nhận* thông tin sức khỏe được bảo vệ: \_\_\_\_\_

Mục đích của việc sử dụng/tiết lộ được yêu cầu: \_\_\_\_\_

**Giấy ủy quyền này áp dụng cho những thông tin sức khỏe được bảo vệ sau đây (chỉ chọn một trong những thông tin sau):**

- Tất cả thông tin sức khỏe được bảo vệ liên quan đến tiền sử y khoa, tình trạng tinh thần hoặc thể chất và điều trị đã nhận.
- Tất cả thông tin sức khỏe được bảo vệ liên quan đến tiền sử y khoa, tình trạng tinh thần hoặc thể chất và điều trị đã nhận, trừ: \_\_\_\_\_
- Chỉ những hồ sơ hoặc loại thông tin sức khỏe được bảo vệ sau đây (bao gồm tất cả các ngày): \_\_\_\_\_

**NGÀY HIỆU LỰC VÀ HẾT HẠN**

Giấy ủy quyền này bắt đầu có hiệu lực vào \_\_\_\_\_ và sẽ hết hạn vào \_\_\_\_\_.

**CHỮ KÝ HỘI VIÊN/NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN**

Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_ SA/CH

Chữ ký: \_\_\_\_\_  
(hội viên/người đại diện cá nhân)

Nếu không phải do hội viên ký, viết in hoa tên của quý vị bên dưới và quan hệ pháp lý với hội viên:

\_\_\_\_\_

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi đường dây TDD/TTY 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 các 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 khác của SFHP, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555**.