

**Ủy Quyền cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Valley (Valley Health Plan, VHP)  
Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ**

**ỦY QUYỀN:** Tôi cho phép \_\_\_\_\_  
Tên của Cá Nhân/Tổ Chức Được Phép Tiết Lộ Hồ Sơ

sử dụng và tiết lộ cho \_\_\_\_\_  
Tên của Cá Nhân & Ngày Sinh -hoặc- Tên của Tổ Chức Được Phép Nhận Hồ Sơ

Địa Chỉ Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip

đối với hồ sơ và thông tin được xác định dưới đây liên quan đến:

Họ Tên Tên Đệm

Số ID của VHP Ngày Sinh Số Điện Thoại

**HỒ SƠ:** *Quan trọng:* Đánh dấu vào (các) ô thích hợp và ký tắt, ký tên và ghi ngày theo yêu cầu.

1.  **HỒ SƠ Y TẾ** - Ký tắt: \_\_\_\_\_

Những tham chiếu đến các loại thông tin sau đây có thể nằm trong hoặc thuộc Hồ Sơ Y Tế của quý vị và nếu quý vị muốn bất kỳ loại thông tin nào trong số này được tiết lộ cùng với Hồ Sơ Y Tế của mình, quý vị phải ký tên và ghi ngày bên cạnh mỗi loại.

Thông Tin Điều Trị Ma Túy/Rượu - Ký Tên & Ghi Ngày \_\_\_\_\_

Thông Tin về Kiểm Tra Xét Nghiệm - Ký Tên & Ghi Ngày \_\_\_\_\_

Tham Chiếu đến hoặc Kết Quả của Thông Tin Xét Nghiệm Máu cho HIV - Ký Tên & Ghi Ngày \_\_\_\_\_

2.  **HỒ SƠ SỨC KHỎE HÀNH VI** - Ký Tên & Ghi Ngày \_\_\_\_\_

3.  **KHÁC (Vui lòng nêu cụ thể)** \_\_\_\_\_  
Ký Tên & Ghi Ngày \_\_\_\_\_

**GIỚI HẠN VỀ TIẾT LỘ THÔNG TIN:** Sau đây là mô tả cụ thể, giới hạn của (các) hồ sơ được đánh dấu ở trên và (các) ngày thực hiện dịch vụ. Nếu không có giới hạn thì ghi *Không Có Giới Hạn*.

**SỬ DỤNG THÔNG TIN:** Người nhận thông tin sức khỏe chỉ có thể sử dụng thông tin đó vì (các) lý do sau:

**Ủy Quyền cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Valley (Valley Health Plan, VHP)  
Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ**

Tôi hiểu rằng người nhận thông tin không được sử dụng thông tin đó cho bất kỳ mục đích nào khác hoặc tiết lộ thông tin đó cho bất kỳ ai trừ khi tôi cấp cho họ ủy quyền bằng văn bản hoặc luật pháp cho phép làm vậy.

**THỜI HẠN:** Ủy quyền này có hiệu lực ngay lập tức và sẽ có hiệu lực cho đến \_\_\_\_\_ (đưa ra ngày tháng). Nếu tôi không ghi ngày thì ủy quyền sẽ hết hạn sau sáu (6) tháng kể từ ngày được ký.

**BẢN SAO BỔ SUNG:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao của giấy ủy quyền này nếu tôi yêu cầu. Bản sao được yêu cầu và nhận được: Có  Không  \_\_\_\_\_  
(Ký tắt)

**HỦY BỎ:** Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ ủy quyền này bất cứ lúc nào. Việc hủy bỏ phải (1) bằng văn bản, (2) được gửi hoặc trao cho tổ chức mà quý vị đã gửi giấy ủy quyền cho và (3) có hiệu lực kể từ khi nhận được. Việc hủy bỏ sẽ không áp dụng cho các hành động đã được tổ chức đó thực hiện theo ủy quyền này hoặc nếu ủy quyền đó là cần thiết để nhận bao trả bảo hiểm và công ty bảo hiểm có quyền hợp pháp để không thừa nhận một yêu cầu thanh toán.

**CÁC ĐIỀU KIỆN:** Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi danh hoặc khả năng hội đủ điều kiện nhận các quyền lợi sẽ không dựa trên việc tôi đưa ra hay từ chối đưa ra ủy quyền này trừ khi việc điều trị của tôi liên quan đến nghiên cứu hoặc nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho tôi chỉ nhằm tạo ra thông tin sức khỏe được bảo vệ để tiết lộ cho bên thứ ba. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể từ chối ký vào ủy quyền này.

**CHỮ KÝ:** \_\_\_\_\_

*Nếu được ký bởi người không phải là bệnh nhân, hãy nêu rõ mối quan hệ và thẩm quyền ký.*

Ngày Sinh

Mối Quan Hệ với Hội Viên

Số Điện Thoại

Thẩm Quyền Ký

Chữ Ký của Nhân Chứng

Tên Viết In của Nhân Chứng

Ngày

**Ủy Quyền cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Valley (Valley Health Plan, VHP)  
Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ**

**CHỈ SỬ DỤNG CHO SỨC KHỎE HÀNH VI**

Hãy hoàn thành phần dưới đây nếu bệnh nhân là người cho phép tiết lộ hồ sơ của mình theo Bộ Luật Phúc Lợi và Định Chế của California Mục 5328: Người Ký Tên Dưới Đây (bác sĩ, nhà tâm lý học được cấp phép hoặc nhân viên xã hội có bằng Thạc sĩ về công tác xã hội) chịu trách nhiệm về bệnh nhân, theo đây (chấp thuận) (không chấp thuận) việc tiết lộ thông tin và hồ sơ cho Người Yêu Cầu. Nếu việc tiết lộ không được chấp thuận, hãy đưa ra lý do bên dưới. Đồng thời ghi chú bên dưới hoặc đính kèm bất kỳ hạn chế nào đối với việc tiết lộ hồ sơ. (Không cần chấp thuận để tiết lộ thông tin cho luật sư của bệnh nhân.). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Bác Sĩ/Nhà Tâm Lý Học/Nhân Viên Xã Hội

\_\_\_\_\_  
Bằng Cấp