

نموذج تصريح بالإفصاح عن
المعلومات الصحية المحمية (PHI)

قم بتعبئة كافة أقسام هذا النموذج للسماح لـ CalOptima بالإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لشخص آخر أو وكالة أخرى. هذا النموذج فقط للإفصاح عن المعلومات. لن يسمح لأي شخص باتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك.

القسم A: معلومات العضو

اسم العائلة _____ الاسم الأول: _____
رقم العضو: _____ تاريخ الميلاد: _____
الشهر/اليوم/السنة
العنوان _____
الشارع/رقم الوحدة _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____
أفضل هاتف للاتصال معك عليه: _____

تعليمات: ضع علامة X داخل المربع بجوار الخيار المحدد.

القسم B: المعلومات التي يمكن الإفصاح عنها

أنا اسمح لـ CalOptima بالإفصاح عن:

أي وكافة المعلومات التي تتعلق بمعلومات PHI الخاصة بي؛ أو

الإفصاح عما يلي فقط: (حدد ما تسمح به):

أنا أفوض الإفصاح عن معلومات PHI عن:

(الأحرف الأولى مطلوبة إذا تم وضع إشارة في أي من هذه المربعات)

علاج الصحة العقلية _____ الأحرف الأولى: _____

علاج الكحول / المخدرات _____ الأحرف الأولى: _____

ملاحظة: هذه المعلومات لن يتم الإفصاح عنها إلا إذا وافقت أولاً.

القسم C: الهدف من هذا التصريح

أنا أفصح عن هذه المعلومات للسبب التالي:

استخدام شخصي قانوني

تأمين

غير ذلك (يرجى التحديد): _____

القسم D: الشخص (أشخاص) أو المنظمة المفوضة لتلقي هذه المعلومات

أنا اسمح لبرنامج CalOptima بالإفصاح عن معلومات PHI الخاصة بي مع الشخص أو الوكالة أدناه. أنا أعرف أن هذا التفويض يبدأ عندما أوقع على هذا النموذج وأقوم بإعادته. يجب أن يكون الممثل الذي يحصل على المعلومات يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكبر.

اسم الممثل/الوكالة: _____

الصلة بالعضو: _____ هاتف: _____

القسم E: حقوقي

* يمكنني إيقاف هذا التفويض، خطياً، في أي وقت من خلال إرسال إشعار خطي إلى:

CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868

* إن إرسال رسالة لإيقاف هذا التفويض لن يغير كيفية استخدام ومشاركة CalOptima لـ PHI الخاصة بي قبل الحصول على رسالتي.

* قد يقوم الشخص أو الوكالة الذي يحصل على PHI الخاصة بي من CalOptima بإطلاع الآخرين عليها. في هذه الحالة، قد لا يمكن حماية PHI الخاصة بي بعد ذلك تبعاً لقواعد HIPAA للخصوصية.

* ليس على أن أملاً هذا النموذج أو أن أوقع عليه. إن عدم تعبئة هذا النموذج لن يؤثر على مزايا رعايتي الصحية والدفع مقابل خدمات رعايتي الصحية.

* لي الحق في الاطلاع على أو الحصول على نسخة من معلومات PHI الخاصة بي التي يتم استخدامها أو مشاركتها بموجب هذا التفويض.

* لي الحق في الحصول على نسخة من هذا النموذج.

القسم F: تاريخ انتهاء التفويض

سينتهي هذا التفويض بالإفصاح عن المعلومات إلى الأشخاص أو الوكالات المسماة عند: _____

(تاريخ أو حدث محدد).

****إذا لم يتم تحديد موعد محدد، فإن هذا التفويض لن يكون سارياً.****

القسم G: التوقيع

أنا أفهم بأنه سيتم معالجة طلبي، يجب إرفاق نسخة سارية المفعول من بطاقة هوية (ID) صادرة عن جهة حكومية، أو نسخة من وثائق السلطة القانونية، أو توقيع موثق مع نموذج طلبك. بالتوقيع أدناه، لقد قمت بقراءة هذا النموذج وأفهم ما يعنيه.

توقيع العضو/الممثل الشخصي: _____ التاريخ: _____
توقيع الوالد/الوصي: _____ التاريخ: _____
الاسم المطبوع للوالد/الوصي: _____ الصلة: _____

تحتفظ CalOptima بالحق في طلب وثائق قانونية (مثل شهادة ميلاد، أو أمر محكمة، وما إلى ذلك) من الوالد/الوصي الذي يوقع بالنيابة عن عضو معال.

الممثلون الشخصيون فقط: ما هي الحقوق التي لديكم لطلب المعلومات الصحية؟

الاسم المطبوع: _____

- المحافظ
- منفذ الوصية
- مدير العقارات
- توكيل الطبي
- آخر

ملاحظة: يجب إرفاق الوثائق القانونية للتحقق من أنك الوصي، المنفذ لوصية متوفي، أو لديك سلطة اتخاذ القرارات الطبية للفرد.

يرجى إرسال هذا النموذج بالبريد إلى CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868 ، أو بالفاكس إلى 1-714-338-3104.

توقف

For CalOptima Use Only:

Staff Name: _____ How was identity verified? In person/Phone
Signature: _____ Date verified: _____