

اجازه نامه استفاده یا در اختیار گذاشتن
اطلاعات سلامتی محرمانه (PHI)

طبق قوانین فدرال حفظ اطلاعات خصوصی HIPAA شما باید تمامی این فرم را به منظور صدور مجوز به CalOptima که اطلاعات سلامتی محرمانه شما (PHI) را در اختیار شخص دیگری و یا سازمانی قرار دهد کاملاً تکمیل کنید. از این فرم فقط برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات استفاده میشود. این فرم به هیچکس اجازه نمیدهد که برای مراقبت درمانی شما تصمیم بگیرد.

بخش A : اطلاعات عضو

اسم فامیل: _____ اسم: _____
CIN: _____ تاریخ تولد: _____
آدرس: _____
شماره پلاک/ خیابان _____ شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____
بهترین شماره تماس با شما: _____

دستور العمل: در مربع کنار پاسخ خود علامت X قرار دهید.

بخش B : اطلاعاتی که میتوان به اشتراک گذاشت

من اجازه اشتراک اطلاعات زیر را به CalOptima میدهم:

- تمامی یا بخشی از PHI من
 فقط اطلاعات ذکر شده را به اشتراک بگذارید (فهرست اطلاعات قابل اشتراک):

من اجازه میدهم اطلاعات PHI مربوط به مورد زیر را به اشتراک بگذارید:
(اگر هر کدام از موارد زیر را انتخاب کنید باید حروف اول نام خود را در کنار آن قرار دهید)

- روان درمانی
 حرف اول نام و فامیل: _____
 درمان اعتیاد به مواد مخدر و الککل
 حرف اول نام و فامیل: _____

توجه: این اطلاعات بدون تایید شما به اشتراک گذاشته نمیشود.

بخش C : دلیل این مجوز

من این اطلاعات را به دلیل زیر به اشتراک میگذارم:

- استفاده شخصی
 دلیل قانونی

بیمه

غیره (لطفاً توضیح دهید):

بخش D: شخص یا سازمان مجاز دریافت اطلاعات.

من به CalOptima اجازه میدهم که PHI من را با فرد یا سازمان ذکر شده در زیر به اشتراک بگذارد. من میدانم که این مجوز از زمانی که این فرم امضا و ارسال شود معتبر است. نماینده ای که این مجوز را دریافت میکند باید 18 سال یا مسن تر باشد.

نام نماینده/ سازمان:

نسبت با عضو:

تلفن:

بخش E: حقوق من

- من در هر زمانی حق باطل کردن این اجازه نامه را با فرستادن نوشته کتبی به آدرس زیر را دارم:
CalOptima Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
- باطل کردن این مجوز تأثیری بر نحوه استفاده CalOptima از اطلاعات PHI من یا به اشتراک گذاشتن آنها در گذشته و قبل از ابطال مجوز ندارد.
- فرد یا سازمانی که اطلاعات PHI من را از CalOptima دریافت میکنند ممکن است آنها را به افراد دیگری نشان دهد. در این صورت اطلاعات PHI من دیگر تحت حمایت قوانین دولتی حفظ اطلاعات محرمانه (HIPAA) نمیشود.
- لزومی ندارد که من این فرم را تکمیل یا امضاء کنم. کامل نکردن این فرم هیچگونه تأثیری بر دریافت مزایای درمانی و پرداخت هزینه خدمات درمانی ندارد.
- من حق دارم که کپی اطلاعات PHI خود را که با استفاده از این مجوز به اشتراک گذاشته میشود را دریافت یا مشاهده کنم.
- من حق دارم کپی این فرم را دریافت کنم.

بخش F: تاریخ ابطال اجازه نامه

تاریخ ابطال این رضایت نامه برای اشتراک اطلاعات با شخص یا سازمان نامبرده به قید زیر است:
(تاریخ یا رویداد).

**** اگر تاریخ ابطال مشخص نشده است این رضایت نامه قانونی نیست. ****

بخش G : امضاء

من آگاه هستم که به منظور رسیدگی به این درخواست باید، رونوشت کارت شناسایی قانونی عکسدار (ID)، کپی مجوز قانونی و یا امضاء تایید شده توسط محضر خود را ضمیمه فرم تکمیل شده بنمایم.

توسط امضاء خود من تایید میکنم که این فرم را کاملاً مطالعه کرده ام و مفهوم آن را متوجه شده ام.

تاریخ	امضاء عضو یا نماینده قانونی
_____	_____
_____ تاریخ:	_____ امضاء ولی یا قیم:
_____ نسبت:	_____ نام ولی یا قیم:

CalOptima بطور قانونی میتواند از ولی/قیم عضو وابسته درخواست کند که مدارک قانونی خود را ارائه نماید (مانند: گواهی تولد، حکم دادگاه و غیره..).

نماینده شخصی: برای درخواست اطلاعات سلامتی/درمانی چه حقی دارید؟

نام بطور خوانا: _____

- نگهبان/نگهدارنده
- وصی
- مدیر امور مالی
- وکالت پزشکی
- غیره

توجه: به منظور اثبات اینکه نگهبان یا وصی متوفی میباشید باید مدارک قانونی خود را ارائه نمایید. یا باید وکالت در مورد تصمیم گیری پزشکی فرد را داشته باشید.

لطفاً این فرم را به آدرس زیر ارسال نموده یا به شماره داده شده فکس کنید.

CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868, شماره فکس, 1-714-338-3104.

ایست

For CalOptima Use Only:

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