

Cho phép Sử dụng và Tiết lộ Thông tin Sức khỏe



Thông báo cho Hội viên:

- Việc hoàn thành mẫu này sẽ cho phép Superior HealthPlan (i) sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị cho một mục đích cụ thể và/hoặc (ii) chia sẻ thông tin sức khỏe của quý vị với cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị xác định trên giấy này.
- Quý vị không cần cho phép sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của mình. Các dịch vụ và quyền lợi của quý vị với Superior sẽ không thay đổi nếu quý vị không gửi giấy này.
- Nếu quý vị muốn hủy giấy ủy quyền này, hãy gửi cho chúng tôi một văn bản yêu cầu thu hồi giấy ủy quyền đến địa chỉ ở cuối trang này. Quý vị có thể yêu cầu cung cấp mẫu giấy thu hồi bằng cách gọi cho bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số điện thoại ghi ở mặt sau của thẻ ID hội viên của quý vị.
- Superior không thể hứa rằng người hoặc nhóm người mà quý vị cho phép chúng tôi chia sẻ thông tin về sức khỏe của quý vị sẽ không chia sẻ thông tin cho người khác.
- Hãy giữ một bản sao tất cả các giấy tờ mà quý vị đã hoàn thành và gửi cho chúng tôi. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị bản sao nếu quý vị cần.
- Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc nếu quý vị có thắc mắc về biểu mẫu này, vui lòng gọi đến số Dịch vụ Hội viên ở mặt sau thẻ ID hội viên của quý vị.
- Điền tất cả các thông tin được yêu cầu trong mẫu. Sau khi điền đầy đủ, hãy gửi thư hoặc fax mọi giấy tờ hỗ trợ đến:

Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

Fax: 1-833-205-1935

Nếu quý vị muốn gửi biểu mẫu trực tuyến, quý vị có thể gửi biểu mẫu điện tử trên trang web của chúng tôi. Vui lòng truy cập:

SuperiorHealthPlan.com/AuthToDisclose.

Aviso para el afiliado:

- Al completar este formulario, le permitirá a Superior HealthPlan (i) utilizar su información de salud para un propósito específico y/o (ii) compartir su información de salud con la persona o entidad que identifique aquí.
- No tiene obligación de autorizar que se utilice o comparta su información de salud. Si no envía este formulario, los servicios y beneficios que recibe de Superior no cambiarán.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página. Si quiere que le proporcionemos un formulario de revocación, llame a los Servicios para afiliados al número telefónico que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Superior no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permite compartir su información de salud no la compartirá con alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios completados que usted nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre este formulario, llame al número de teléfono de Servicios para miembros que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíe por correo postal o fax el formulario y los comprobantes a:

Superior HealthPlan, ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd., Austin, TX 78741

Fax: 1-833-205-1935

Si prefiere presentar el formulario por Internet, puede completar el formulario electrónico en nuestro sitio web.

Visite: SuperiorHealthPlan.com/AutorizaciónParaDivulgar.

VUI LÒNG ĐỌC KỸ HƯỚNG DẪN VÀ HOÀN THÀNH MẪU DƯỚI ĐÂY. GIẤY ỦY QUYỀN KHÔNG ĐIỀN ĐẦY ĐỦ THÔNG TIN THEO MẪU SẼ KHÔNG ĐƯỢC CHẤP NHẬN.

1 THÔNG TIN VỀ HỘI VIÊN:

Tên Hội viên (*bằng chữ in hoa*): _____

Ngày sinh của Hội viên: _____ Mã số ID Hội viên: _____

2 TÔI CHO PHÉP SUPERIOR HEALTHPLAN SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI CHO MỤC ĐÍCH ĐÃ ĐƯỢC XÁC ĐỊNH HOẶC CHIA SẺ THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA TÔI VỚI CÁ NHÂN HOẶC NHÓM CÓ TÊN DƯỚI ĐÂY. MỤC ĐÍCH CỦA VIỆC ỦY QUYỀN LÀ (*đánh dấu một tùy chọn bên dưới*):

cho phép Superior giúp tôi với các quyền lợi và dịch vụ của tôi, **HOẶC**

cho phép Superior sử dụng hoặc chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi cho _____

3 CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN (*thêm cá nhân hoặc nhóm vào trang tiếp theo*):

Tên (người hoặc nhóm): _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Zip: _____ Số điện thoại: (_____) _____ - _____

4 TÔI CHO PHÉP SUPERIOR SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ CÁC THÔNG TIN SỨC KHỎE SAU ĐÂY (*LƯU Ý: Chọn câu đầu tiên để cho phép đối với TẤT CẢ các thông tin sức khỏe hoặc chọn câu bên dưới để chỉ cho phép MỘT SỐ thông tin sức khỏe. KHÔNG ĐƯỢC chọn cả hai câu*).

Tất cả thông tin sức khỏe của tôi, BAO GỒM:

Thông tin, dịch vụ hoặc kết quả xét nghiệm di truyền; Dữ liệu và hồ sơ về HIV/AIDS; dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không phải ghi chép trị liệu tâm lý); dữ liệu và hồ sơ thuốc theo toa/thuốc; và dữ liệu và hồ sơ về ma túy và rượu (vui lòng nêu rõ bất kỳ thông tin về rối loạn sử dụng chất kích thích nào có thể bị tiết lộ);

HOẶC

Tất cả thông tin sức khỏe của tôi, NGOẠI TRỪ (*chỉ chọn các ô phù hợp bên dưới*):

Thông tin, dịch vụ hoặc xét nghiệm di truyền

Dữ liệu và hồ sơ về AIDS hoặc HIV

Dữ liệu và hồ sơ về ma túy và rượu

Dữ liệu và hồ sơ sức khỏe tâm thần (nhưng không phải ghi chép trị liệu tâm lý)

Dữ liệu và hồ sơ thuốc theo toa/thuốc

Khác: _____

5 ỦY QUYỀN NÀY KẾT THÚC VÀO NGÀY/SỰ KIỆN NÀY: _____

Ngày mà ủy quyền này hết hiệu lực, trừ khi bị hủy. Nếu để trống trường này, ủy quyền sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày ký bên dưới.

6 CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN HOẶC ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP: _____

NGÀY: _____

NẾU LÀ ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP - Quan hệ với Hội viên: _____

Nếu là người đại diện hợp pháp hoặc đại diện cá nhân của Hội viên, quý vị phải gửi cho chúng tôi bản sao giấy tờ liên quan, ví dụ như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ.

**GỬI GIẤY CHO PHÉP ĐÃ HOÀN THÀNH VÀ TẤT CẢ CÁC GIẤY TỜ HỖ TRỢ ĐẾN
SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741**

BỔ SUNG CÁ NHÂN HOẶC NHÓM NHẬN THÔNG TIN:

LƯU Ý: Nếu quý vị đồng ý tiết lộ bất kỳ hồ sơ rối loạn sử dụng chất kích thích nào cho một người nhận không phải là bên thứ ba thanh toán cũng như nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cơ sở hoặc chương trình mà quý vị nhận dịch vụ từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị, ví dụ như tổ chức nghiên cứu hoặc trao đổi bảo hiểm y tế (sau đây được gọi là "tổ chức nhận"), quý vị phải nêu tên của cá nhân hoặc tổ chức mà quý vị nhận dịch vụ từ một nhà cung cấp điều trị tại tổ chức nhận đó, hoặc chỉ đơn giản nói rằng hồ sơ rối loạn sử dụng chất kích thích của quý vị có thể được tiết lộ cho các nhà cung cấp điều trị hiện tại và trong tương lai tại tổ chức nhận đó.

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

Tên (cá nhân hoặc tổ chức):

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Zip:

Số điện) -

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO QUE APARECE DEBAJO. NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

2 AUTORIZO A SUPERIOR HEALTHPLAN A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO MENCIONADOS DEBAJO. EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción debajo*):

- Autorizar a Superior a ayudarme con mis servicios y beneficios,
- Autorizar a Superior a utilizar o compartir mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*agregue más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

4 AUTORIZO A SUPERIOR A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (*NOTA: Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información de salud o seleccione la afirmación más abajo para divulgar solo UNA PARTE de la información de salud. No es posible seleccionar AMBAS opciones*).

Toda mi información de salud, LO QUE INCLUYE:

Información genética, servicios o resultados de pruebas, registros y datos de VIH/SIDA, registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), registros y datos de medicinas/fármacos recetados, y registros y datos de consumo de drogas y alcohol (especifique la información sobre trastornos por consumo de sustancias que se puede divulgar, si la hubiera).

TODA mi información de salud EXCEPTO (*marque debajo todas las casillas que correspondan*):

- Información genética, servicios o resultados de pruebas
- Registros y datos de VIH/SIDA
- Registros y datos de consumo de drogas y alcohol
- Registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Registros y datos de medicinas/fármacos recetados
- Otros: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA FECHA/EL EVENTO: _____

Fecha en que finaliza esta autorización a menos que sea cancelada. Si este campo está en blanco, la autorización vence un año después de la fecha de firma detallada debajo.

6 FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - indique la relación con el afiliado: _____

*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, **debe enviarnos las copias de los formularios relevantes, como el poder notarial o la orden de custodia.***

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
Y LA INFORMACIÓN DE APOYO, SI LA HUBIERA, A
SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

GRUPO(S) O PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:

NOTA: Si autoriza a divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un pagador de terceros, un proveedor de atención médica, un centro o un programa donde usted recibe servicios de un proveedor de tratamientos, como una institución de investigación o un intercambio de seguro médico (en adelante, la "entidad destinataria"), debe especificar el nombre de la persona con la cual recibe los servicios de un proveedor de tratamientos en la entidad destinataria, o la entidad en la cual recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias se pueden divulgar a los proveedores de tratamientos que usted tenga en la actualidad y en el futuro en la entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____