

Pahintulot na Gamitin at Ihayag ang Impormasyon sa Kalusugan



Paunawa sa miyembro:

- Ang pagsagot sa form na ito ay magbibigay-daan sa Health Net, LLC na (i) gamitin ang inyong impormasyon sa kalusugan para sa isang partikular na layunin, at/o (ii) ibahagi ang inyong impormasyon sa kalusugan sa indibidwal o entity na tutukuyin ninyo sa form na ito.
- Hindi ninyo kailangang lumagda sa form na ito o magbigay ng pahintulot na gamitin o ibahagi ang inyong impormasyon sa kalusugan. Hindi magbabago ang inyong mga serbisyo at benepisyo sa Health Net kung hindi kayo lalagda sa form na ito.
- Karapatang kanselahin (bawiin): Ang form ng pahintulot na ito ay maaaring bawiin anumang oras maliban sa puntong umaksyon na batay sa inyong pahintulot ang Health Net o iba pang legal na may-hawak ng inyong impormasyon sa kalusugan na pinahihintulutang ibahagi ito. Kung gusto ninyong kanselahin ang Form ng Pahintulot na ito, punan ang Form ng Pagbawi sa pahina 3 at ipadala ito sa pamamagitan ng koreo sa address sa ibaba ng pahina.
- Hindi maipapangako ng Health Net na ang tao o pangkat na pinahihintulutan ninyong pagbahagian namin ng inyong impormasyon sa kalusugan ay hindi ito ibabahagi sa ibang tao.
- Magtabi ng kopya ng lahat ng form na ipinadadala ninyo sa amin. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga kopya kung kailangan ninyo ang mga ito.
- Punan ang lahat ng impormasyon sa form na ito. Kapag natapos na kayo, ipadala ito sa pamamagitan ng koreo sa address sa ibaba ng pahina 2.

Impormasyon ng miyembro

Pangalan ng miyembro (i-print):

Petsa ng kapanganakan ng miyembro: / /

Numero ng ID ng miyembro:

Binibigyan ko ang Health Net ng pahintulot na gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa layuning binanggit at ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa tao o pangkat na pinangalanan sa ibaba. Ang layunin ng pag-apruba ay:

Payagan ang Health Net na tulungan ako sa aking mga benepisyo at serbisyo.

Pahintulutan ang Health Net na gamitin o ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan para sa _____.

Tao o pangkat na makakatanggap ng impormasyon (magdagdag ng mga karagdagang tao o pangkat sa pahina 2)

Pangalan (tao o pangkat):

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Telepono:

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na gamitin o ibahagi ng Health Net ang sumusunod na impormasyon sa kalusugan:

Lahat ng aking impormasyon sa kalusugan (**Kabilang dito ang:** henetikong impormasyon, mga serbisyo, o mga resulta ng pagsusuri. Kabilang din dito ang data at mga tala tungkol sa HIV/AIDS at data at mga tala tungkol sa kalusugan ng pag-iisip [ngunit hindi ang mga tala sa Psychotherapy]. Kabilang din sa impormasyon sa kalusugan ang data at mga tala tungkol sa inireresetang gamot, at data at mga tala tungkol sa droga at alak):

Lahat ng aking impormasyon sa kalusugan MALIBAN SA (lagyan ng check ang lahat ng kahon na naaangkop):

Henetikong impormasyon, mga serbisyo, o mga pagsusuri

Data at mga tala tungkol sa kalusugan ng pag-iisip (ngunit hindi ang mga tala sa psychotherapy)

Data at mga tala tungkol sa HIV/AIDS

Data at mga tala tungkol sa inireresetang gamot

Data at mga tala tungkol sa droga at alak

Iba pa: _____

Pag-expire ng pahintulot

Mag-e-expire ang pahintulot na ito sa / / (mm/dd/yy). Magiging valid ito nang hanggang isang taon. Kung walang ibinigay na petsa, mag-e-expire ito isang taon mula sa petsa sa ibaba.

Lagda ng miyembro (miyembro o legal na kinatawan, lumagda rito):

Petsa:

/ /

Kung lumalagda kayo para sa miyembro, ilarawan ang ugnayan ninyo sa miyembro sa ibaba. Kung kayo ang Personal na Kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba. At, magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form na iyon (hal. power of attorney o order of guardianship).

Iba pang (mga) tao o entity na makakatanggap ng impormasyon

Tandaan: Kung pinahihintulutan ninyong ihayag ang anumang tala tungkol sa disorder sa paggamit ng droga at alak sa isang tagatanggap na hindi third party na payor o provider ng pangangalagang pangkalusugan, pasilidad, o programa kung saan nakakatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa isang nanggagamot na provider, gaya ng health insurance exchange o institusyon ng pananaliksik (mula rito, "tagatanggap na entity"), dapat ninyong tukuyin ang pangalan ng indibidwal kung kanino at entity kung saan kayo nakakatanggap ng mga serbisyo mula sa isang nanggagamot na provider sa tagatanggap na entity na iyon, o sabihin lang na maaaring ihayag ang inyong mga tala tungkol sa disorder sa paggamit ng droga at alak sa inyong mga nanggagamot na provider sa kasalukuyan at sa hinaharap sa tagatanggap na entity na iyon.

Pangalan (indibidwal o entity):

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Telepono:

Pangalan (indibidwal o entity):

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Telepono:

Pangalan (indibidwal o entity):

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP:

Telepono:

Ipadala sa pamamagitan ng koreo ang nasagutang form sa:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

Telepono: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang subsidiary ng Health Net, LLC at Centene Corporation. Ang Health Net ay isang rehistradong marka ng serbisyo ng Health Net, LLC. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

FRM207452TH01w (5/21)

Pagbawi ng Pahintulot na Gamitin at/o Ihayag ang Impormasyon sa Kalusugan



Gusto kong kanselahin, o bawiin, ang pahintulot na ibinigay ko sa Health Net na gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa isang partikular na layunin at, ang pahintulot na ibinigay ko na ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa isang tao o pangkat.

Tao o pangkat na nakatanggap ng impormasyon			
Pangalan (tao o pangkat):			
Address:			
Lungsod:	Estado:	ZIP:	Telepono:
Petsa kung kailan nilagdaan ang pahintulot (kung nalalaman): / /			
Impormasyon ng miyembro			
Pangalan ng miyembro (i-print):			
Petsa ng kapanganakan ng miyembro: / /		Member ID #:	
<p>Nauunawaan ko na ang aking impormasyon sa kalusugan ay maaaring nagamit na, o naibahagi dahil sa pahintulot na ibinigay ko dati (kabilang ang, kung kinakailangan, aking mga tala tungkol sa disorder sa paggamit ng droga at alak.) Alam ko ring nalalapat lang ang pagkanselang ito sa pahintulot na ibinigay ko para gamitin ang aking impormasyon sa kalusugan para sa isang partikular na layunin o, sa pahintulot na ibahagi ang aking impormasyon sa isang tao o pangkat. Hindi nito kakanselahin ang anupamang form ng pag-abruba na nilagdaan ko upang ang impormasyon sa kalusugan ay:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gamitin para sa ibang layunin.2. Ibahagi sa ibang tao o pangkat.			
Lagda ng miyembro (miyembro o legal na kinatawan, lumagda rito):		Petsa:	
Kung lumalagda kayo para sa miyembro, ilarawan ang ugnayan ninyo sa miyembro sa ibaba. Kung kayo ang personal na kinatawan ng miyembro, ilarawan ito sa ibaba. At, magpadala sa amin ng mga kopya ng mga form na iyon (hal. power of attorney o order of guardianship).			

Hindi na gagamitin at ibabahagi ng Health Net ang inyong impormasyon sa kalusugan kapag natanggap at naiproseso namin ang form na ito. Gamitin ang mailing address sa ibaba. Maaari din kayong tumawag para sa tulong sa numero sa ibaba.

Health Net Eligibility Department

P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
Telepono: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Ang Health Net Community Solutions, Inc. ay isang subsidiary ng Health Net, LLC at Centene Corporation. Ang Health Net ay isang rehistradong marka ng serbisyo ng Health Net, LLC. Nakalaan ang lahat ng karapatan.

FRM207452TH01w (5/21)