



FROM



1100 Circle 75 Parkway Suite 1100  
Atlanta, GA 30339

# Cho phép sử dụng và tiết lộ thông tin về sức khỏe

## Thông báo cho Hội viên:

- Việc hoàn thành mẫu này sẽ cho phép Ambetter from Peach State Health Plan (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 Ambetter from Peach State Health Plan 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.
- Ambetter from Peach State Health Plan 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, hãy liên hệ với bộ phận Dịch vụ Hội viên theo số điện thoại 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 giấy ủy quyền và các giấy tờ hỗ trợ đến

**Ambetter from Peach State Health Plan**  
**ATTN: Compliance Department**  
**1100 Circle 75 Parkway Suite 1100**  
**Atlanta, GA 30339**

---

## Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Peach State Health Plan a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Ambetter from Peach State Health Plan no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from Peach State Health Plan no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

**Ambetter from Peach State Health Plan**  
**ATTN: Compliance Department**  
**1100 Circle 75 Parkway Suite 1100**  
**Atlanta, GA 30339**

**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 AMBETTER FROM PEACH STATE HEALTH PLAN 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*):**

- để cho phép Ambetter from Peach State Health Plan giúp tôi về các quyền lợi và dịch vụ của tôi, **HOẶC**  
 để cho phép from Peach State Health Plan 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 ỦY QUYỀN CHO AMBETTER FROM PEACH STATE HEALTH PLAN SỬ DỤNG HOẶC CHIA SẺ CÁC THÔNG TIN SỨC KHỎE SAU ĐÂY (*GHI CHÚ: 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 ỦY QUYỀN ĐÃ HOÀN THÀNH VÀ TẤT CẢ CÁC GIẤY TỜ HỖ TRỢ ĐẾN  
Ambetter from Peach State Health Plan, **ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT**  
1100 Circle 75 Parkway Suite 1100, Atlanta, GA 30.339

## 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 thoại: (     )     -     \_\_\_\_\_

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

Tên (cá nhân hoặc tổ chức): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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