Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Mật Medi-Cal (ASCMI)

Phiên Bản 1.0 [Thử Nghiệm]

Tháng Mười Hai, 2022

Tuyên Bố Khước Từ: Biểu Mẫu ASCMI được thiết kế để chỉ được sử dụng bởi các thành viên tham gia chương trình Thử Nghiệm ASCMI. DHCS không đưa ra bất kỳ tuyên bố nào về tính phù hợp của biểu mẫu này cho các mục đích bên ngoài chương trình Thử Nghiệm ASCMI. Biểu Mẫu ASCMI, bao gồm cả các tài liệu đính kèm, có thể được thay đổi.

Tên	Họ	Ngày Sinh	
Địa Chỉ Nhận Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
Địa Chỉ Cư Trú	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính
(Các) Số Điện Thoại	Email	Thẻ Xác Minh Người Thụ Hưởng (BIC)	

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, quý vị ủy quyền cho một số tổ chức và cá nhân nhất định được sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe và thông tin bí mật khác của quý vị cho các mục đích được mô tả trong phần 1.

1. **Mục Đích**

Bằng cách ký tên, quý vị ủy quyền để thông tin sức khỏe và các thông tin bí mật khác của quý vị chỉ được chia sẻ với các đối tượng sau:

(a) Cung cấp cho quý vị, giới thiệu cho quý vị hoặc giúp quý vị tiếp cận các liệu pháp chăm sóc sức khỏe, phúc lợi, chương trình, dịch vụ xã hội, quản lý trường hợp, nguồn lực cộng đồng và các hỗ trợ khác ("Dịch Vụ") để đáp ứng nhu cầu của quý vị.

(b) Nhận dạng, hỗ trợ, phối hợp, cải thiện và sắp xếp thanh toán cho các Dịch Vụ có thể được cung cấp cho quý vị.

(c) Hỗ trợ Medi-Cal cung cấp chăm sóc sức khỏe tốt hơn thông qua đánh giá, báo cáo và quản lý sức khỏe dân số.

2. **Loại Thông Tin Của Quý Vị mà Quý Vị Ủy Quyền Để Được Chia Sẻ**

Bằng cách ký tên, quý vị ủy quyền cho các loại thông tin sức khỏe và thông tin bí mật khác về quý vị dưới đây chỉ được chia sẻ cho các mục đích được nêu ở trên.

(a) Thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI), bao gồm thông tin về chăm sóc sức khỏe của quý vị, lịch sử bệnh tật, kết quả xét nghiệm và tình trạng sức khỏe và điều trị hiện tại hoặc tương lai của quý vị.

(b) Thông tin về sức khỏe tâm thần, bao gồm các chẩn đoán và điều trị hiện tại và trước đây của tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị. Điều này không bao gồm ghi chú về tâm lý trị liệu, chỉ được chia sẻ nếu quý vị đồng ý riêng biệt.

(c) Thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện, bao gồm các chẩn đoán về việc sử dụng rượu hoặc ma túy hiện tại và trước đây của quý vị, thuốc, liệu trình, kết quả xét nghiệm, lịch sử tổn thương, xuất viện. Điều này bao gồm thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện của quý vị từ nhà cung cấp dịch vụ rối loạn sử dụng chất gây nghiện/rượu tương ứng với các quy định bảo mật liên quan đến sử dụng chất gây nghiện của Liên Bang (42 C.F.R. Phần 2) nếu quý vị đánh dấu vào ô ở cuối biểu mẫu này.

(d) Chương Trình Giáo Dục Cá Nhân Hóa, và các thông tin khác về các dịch vụ xã hội được cung cấp trong trường học.

(e) Thông tin về tình trạng và việc đăng ký Medi-Cal, bao gồm thu nhập và một số thông tin khác liên quan đến địa lý và nhân khẩu học của quý vị để đủ điều kiện tham gia các Dịch Vụ và phúc lợi.

(f) Thông tin về nhà ở/vô gia cư, bao gồm tình trạng nhà ở, lịch sử và hỗ trợ.

(g) Thông tin về tội phạm được giới hạn, bao gồm dữ liệu hồ sơ lý lịch, ngày và địa điểm giam giữ, và tình trạng giám sát. Sự đồng ý của quý vị không áp dụng cho lý lịch tội phạm, các cáo buộc và tình trạng nhập cư của quý vị.

3. **Nguồn và Người Nhận Thông Tin của Quý Vị**

Bằng cách ký tên, quý vị đồng ý cho phép sàn trao đổi thông tin sức khỏe hoặc thông tin cộng đồng ("HIE/CIE") trao đổi thông tin sức khỏe và thông tin bảo mật khác của quý vị với và giữa các đối tác chăm sóc của quý vị, mà quý vị đã nhận được, đang nhận hoặc sẽ nhận được phúc lợi, điều trị hoặc dịch vụ ("Các Đối Tác Chăm Sóc của Quý Vị"). Thông tin chỉ được chia sẻ cho các mục đích trong phần 1. Các Đối Tác Chăm Sóc của Quý Vị có thể bao gồm những người sau đây:

(a) Các nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, như bệnh viện, phòng khám, bác sĩ, nhà thuốc và nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần.

(b) Các chương trình chăm sóc sức khỏe được quản lý (MCPs), quản lý các khoản phúc lợi của Medi-Cal và chi trả cho các dịch vụ quý vị nhận được trong khuôn khổ Medi-Cal.

(c) Một số tổ chức cộng đồng (CBOs) phải tuân thủ luật bảo vệ sự riêng tư chăm sóc sức khỏe liên bang, bao gồm một số nhà cung cấp thực phẩm được điều chỉnh về y tế, nhà cung cấp chỗ ở và nhà cung cấp giải pháp hô hấp cho bệnh hen suyễn.

(d) Những nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe hoặc dịch vụ xã hội tại trường học như y tá, nhân viên xã hội và cố vấn.

(e) Các cơ quan y tế của tiểu bang, cụ thể, Phòng Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe, Y Tế Công Cộng, Dịch Vụ Xã Hội và Phát Triển California.

(f) Các cơ quan của quận, bao gồm các chương trình sức khỏe tâm thần, các phòng ban về con người/dịch vụ xã hội hoặc phúc lợi, các hệ thống phân phối thuốc được tổ chức bởi Medi-Cal và các phòng ban y tế và sức khỏe công cộng.

(g) Những nhà cung cấp dịch vụ & quản lý hồ sơ tại các trại cải huấn, chẳng hạn như nhà tù, trại giam và cơ sở cải huấn thanh thiếu niên, chỉ cho mục đích trong phần 1 của biểu mẫu này. Quý vị không đồng ý cho phép sử dụng thông tin của mình cho các cuộc điều tra hoặc truy tố hình sự, tuyên án, giám sát quản chế, thực thi luật nhập cư, hoặc các phiên tòa gia đình.

Các Đối Tác Chăm Sóc của Quý Vị và các nhà thầu của họ đồng ý tuân thủ tất cả các luật liên quan đến bảo vệ thông tin của quý vị.

4. **Thời Hạn, Thu Hồi hoặc Thay Đổi Biểu Mẫu Này**

Sau khi ký, biểu mẫu này sẽ có hiệu lực cho đến khi xảy ra một trong các sự kiện sau đây:

(a) 24 tháng kể từ ngày quý vị được nhận vào chương trình Medi-Cal lần cuối;

(b) quý vị thu hồi biểu mẫu này; hoặc

(c) quý vị thực hiện bất kỳ thay đổi nào cho biểu mẫu này, và biểu mẫu sửa đổi trở nên có hiệu lực.

5. **Các Quyền của Quý Vị**

Quý vị hiểu rằng:

(a) quý vị có thể thu hồi biểu mẫu này bất cứ lúc nào thông qua cổng thông tin quản lý chấp thuận hoặc bằng cách gửi văn bản yêu cầu thu hồi mà quý vị hoặc đại diện của quý vị ký tên đến HIE/CIE. ;

(b) thu hồi có hiệu lực từ khi nhận được yêu cầu nhưng không thể áp dụng với thông tin đã được chia sẻ trên biểu mẫu đã ký trước đó của quý vị, mà không thể thu hồi hoặc xóa bỏ;

(c) quý vị có thể từ chối ký vào biểu mẫu này và sẽ không ảnh hưởng đến điều trị hoặc chăm sóc của quý vị, tính hội đủ điều kiện để hưởng Các Dịch Vụ hoặc khả năng nhận thanh toán cho Các Dịch Vụ;

(d) quý vị có quyền nhận một bản sao của biểu mẫu này;

(e) thông tin quý vị cho phép tiết lộ có thể lại được Các Đối Tác Chăm Sóc của Quý Vị tiết lộ, nhưng phải tuân theo biểu mẫu này và các quy định pháp luật áp dụng; và

(f) quý vị có thể nhận được danh sách Các Đối Tác Chăm Sóc của Quý Vị đã nhận thông tin bằng cách liên hệ với HIE/CIE.

Ủy Quyền Chia Sẻ Thông Tin Mật Medi-Cal (ASCMI)

Mỗi quyền này được áp dụng cho người đại diện của quý vị nếu được quý vị ủy quyền theo luật áp dụng.

6. **Chia Sẻ Thông Tin Mà Không Có Sự Đồng Ý Của Quý Vị**

Quý vị hiểu rằng ngay cả khi quý vị không ký vào mẫu này, theo pháp luật về quyền riêng tư của liên bang và tiểu bang, một số Đối Tác Chăm Sóc của Qúy Vị có thể chia sẻ thông tin bí mật của quý vị cho các mục đích điều trị, thanh toán và mục đích khác, nhưng các nhà cung cấp là đối tượng của các quy định pháp luật về bảo mật lạm dụng chất gây nghiện có thể không chia sẻ thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện mà không có sự đồng ý của quý vị.

7. **Ủy Quyền**

Bằng việc ký vào biểu mẫu này, tôi ủy quyền cho một số tổ chức và cá nhân nhất định được sử dụng và chia sẻ thông tin sức khỏe và thông tin bí mật khác của tôi cho các mục đích được mô tả trong phần 1 của biểu mẫu này. Ngoài ra, nếu tôi tự nguyện cung cấp số điện thoại của mình ở trên, tôi đồng ý nhận tin nhắn hoặc cuộc gọi để liên lạc với tôi về các lựa chọn đồng ý của tôi và cách thông tin của tôi có thể được chia sẻ (có thể áp dụng các mức phí chuẩn cho tin nhắn và dữ liệu).

❒ Bằng cách đánh dấu vào ô này, tôi cũng cho phép tiết lộ thông tin về rối loạn sử dụng chất gây nghiện của tôi từ các nhà cung cấp phải tuân thủ các quy định bảo mật về rối loạn sử dụng chất gây nghiện liên bang (42 C.F.R. Phần 2).

Nếu quý vị đang ký tên cho chính mình, xin điền vào dòng thứ nhất. Nếu quý vị đang ký tên thay cho người khác, xin điền vào dòng thứ hai. Nếu quý vị đang ký tên thay cho một người chưa trưởng thành từ 12-17 tuổi, người chưa trưởng thành cần phải điền vào dòng thứ nhất và quý vị cần phải điền vào dòng thứ hai.

Tên Người Thụ Hưởng	Chữ Ký Người Thụ Hưởng	Ngày (tháng/ngày/năm)
Tên Người Đại Diện	Chữ Ký Người Đại Diện	Ngày (tháng/ngày/năm)