



Պաշտպանված Առողջության Տեղեկատվության (PHI) բացահայտման թույլտվություն

Ծանոթություն անդամի համար՝

- Այս ձեռն լրացնելը թույլ կտա Health Net Community Solutions, Inc-ին (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) (i) ձեր առողջության մասին տեղեկությունները որոշակի նպատակներով օգտագործելու համար եւ/կամ (ii) կիսել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները այն անձի կամ կազմակերպության հետ, որը դուք նշել եք այս ձևում:
- Դուք այս ձեռն ստորագրելու կամ ձեր առողջության մասին տեղեկությունները օգտագործելու կամ կիսելու թույլտվություն չունեք: Health Net Community Solutions Inc.-ի հետ Ձեր ծառայությունները եւ նպաստները չեն փոխվի, եթե դուք չստորագրեք այս ձեռն:
- Չեղարկելու (անվավեր) իրավունք՝ Այս թույլտվության/համաձայնության ձեռն ենթակա է չեղարկման ցանկացած ժամանակ, բացառությամբ այն դեպքերի երբ Health Net Community Solutions Inc.-ը կամ ձեր առողջության մասին տեղեկությունների այլ իրավատերը, որը այն կիսելու թույլտվություն ունի, արդեն իսկ կատարել է այն: Եթե ցանկանում եք չեղարկել այս լիազորագրի ձեռն, լրացրեք վերջին էջում գտնվող Յայցման ձեռն եւ ուղարկեք այն հասցեով էջի ներքեւում գտնվող հասցեին:
- Health Net Community Solutions Inc.-ը չի կարող խոստանալ, որ այն անձը կամ խումբը, որի հետ Դուք թույլ եք տալիս մեզ կիսել ձեր առողջության մասին տեղեկությունները, չի կիսում այն ուրիշի հետ:
- Պահպանեք բոլոր ավարտված ձեռքերի պատճենները, որոնք դուք մեզ ուղարկել եք: Մենք կարող ենք ձեզ ուղարկել պատճեններ, եթե դրանք ձեզ անհրաժեշտ են:
- Լրացրեք այս ձեռն բոլոր տեղեկությունները: Այն լրացնելուց հետո ուղարկեք երկրորդ էջի ներքեւում գտնվող էլեկտրոնային հասցեով:

Անդամի տեղեկատվություն	
Անդամի անունը՝ (տպագիր)	
Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝ ____ / ____ / ____	Անդամի ID #:
<p>Ես Health Net Community Solutions, Inc.-ին թույլտվություն եմ տալիս եմ իմ առողջության մասին տեղեկությունները կիսել նշված անձի կամ խմբի հետ: Թույլտվության նպատակը հետեւյալն է՝</p> <p><input type="checkbox"/> Health Net Community Solutions, Inc.-ին թույլ տալ օգնել ինձ իմ նպաստների եւ ծառայությունների հետ առնչվող հարցերում կամ</p> <p><input type="checkbox"/> թույլ տալ Health Net Community Solutions Inc.-ին օգտագործել կամ կիսել իմ առողջության մասին տեղեկությունները</p>	

(շարունակելի)

Health Net Community Solutions Inc.ը առողջապահական ծրագիր է, որը կնքվում է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ գրանցված անձանց երկու ծրագրերի նպաստներն ապահովելու համար: Health Net Community Solutions Inc.ը առողջապահական ծրագիր է, Health Net, Inc. Health Net-ը Health Net, Inc-ի գրանցված սպասարկման նշանն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

FRM019505MC00 (11/17)

Պաշտպանված Առողջության Տեղեկատվության (PHI) բացահայտման թույլտվություն

Տեղեկատվություն ստացող անձը կամ խումբը

Անուն (անձ կամ խումբ)՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք՝ _____	Նահանգ՝ _____	Փոստային ինդեքս՝ _____	Հեռախոս՝ () - _____
--------------	---------------	------------------------	-------------------------

Ես թույլատրում եմ Health Net Community Solutions Inc.-ին օգտագործել կամ կիսել հետևյալ առողջական տվյալները՝

Բոլոր իմ առողջության մասին տեղեկությունները (ՆԵՐԱՌՅԱԼ՝ գենետիկ տեղեկությունները, ծառայությունները կամ թեստային արդյունքները, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՅ-ի տվյալները եւ գրառումները, հոգեկան առողջության տվյալները եւ գրառումներ (բայց ոչ հոգեթերապիայի մասին նշումները), դեղատոմսով դեղերի եւ դեղորայքի, ինչպես նաև ալկոհոլի մասին տվյալները եւ գրառումները (խնդրում ենք նշել ցանկացած նյութի օգտագործման խանգարման տեղեկություն, որը կարող է բացահայտվել) _____);

Առողջության մասին իմ բոլոր տվյալները ԲԱՑԱՌՈՒԹՅԱՄԲ (ստուգե՛ք բոլոր նշված վանդակները)՝

- Գենետիկ տեղեկություններ, ծառայություններ կամ թեստեր
- ՄԻԱՎ / ՁԻԱՅ-ի տվյալներ եւ գրառումներ
- Թմրանյութերի և ալկոհոլի մասին տվյալներ և գրառումներ
- Հոգեկան առողջության տվյալները եւ գրառումները (բայց ոչ հոգեթերապիայի մասին նշումները)
- Դեղատոմսով դեղերի եւ դեղորայքի տվյալները եւ գրառումները
- Այլ՝ _____

Լիազորագրի ավարտ

Այս լիազորագիրը կավարտվի _____ / _____ / _____ (ամիս/օր/տարի), վավերացման ժամկետը առավելագույնը մեկ տարի: Եթե այստեղ չկա ամսաթիվ, ապա այս թույլտվությունը կավարտվի ստորեւ նշված օրվանից մեկ տարվա ընթացքում:

Անդամի ստորագրությունը (անդամ կամ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրե՛ք այստեղ)՝ _____	Ամսաթիվ՝ _____/_____/_____
--	-------------------------------

Եթե Դուք ստորագրում եք որևէ անդամի փոխարեն, ապա ստորեւ նկարագրե՛ք Ձեր առնչությունը անդամի հետ: Եթե Դուք անդամի անձնական ներկայացուցիչն եք, ապա այդ մասին նկարագրե՛ք ստորեւ եւ մեզ ուղարկե՛ք այդ ձեւերի օրինակները (ինչպիսիք են՝ լիազորագիրը կամ հովանավորություն կարգը):

Ուղարկե՛ք Ձեր լրացրած ձեւը՝
 Health Net, Inc. Privacy Office
 PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409
 Հեռախոս՝ Los Angeles 1-855-464-3571 կամ San Diego 1-855-464-3572, (TTY: 711)
 Ֆաքս՝ (818) 676-8314

(շարունակելի)

Health Net Community Solutions Inc.ը առողջապահական ծրագիր է, որը կնքվում է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ գրանցված անձանց երկու ծրագրերի նպաստներն ապահովելու համար: Health Net Community Solutions, Inc.-ը Health Net, Inc.-ի դուստր ձեռնարկությունն է: Health Net-ը Health Net, Inc-ի գրանցված սպասարկման նշանն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

Պաշտպանված Առողջության Տեղեկատվության (PHI) բացահայտման թույլտվություն

Տեղեկատվություն ստացող լրացուցիչ անձը կամ խումբը

Նկատի առեք. Եթե դուք համաձայն եք հրապարակել որեւէ նյութի օգտագործման խանգարման մասին գրառումներ այն ստացողին, ով ոչ երրորդ կողմի վճարողն է, ոչ էլ առողջապահական ծառայություններ մատուցող, կազմակերպություն կամ ծրագիր, որտեղ Դուք ծառայություններ եք ստանում բուժման պրովայդերից, ինչպիսիք են՝ առողջության ապահովագրության փոխանակումը կամ հետազոտման հաստատությունը (այսուհետ՝ «ստացող անձ»), ապա Դուք պետք է նշեք այն անձի կամ խմբի անունը ումից ստանում եք ծառայություններ կամ պարզապես նշեք, որ Ձեր նյութի օգտագործման խանգարման մասին գրառումները կարող են տրամադրվել Ձեր ներկա եւ ապագա բուժող պրովայդերներին:

Անուն (անձ կամ խումբ)			
Հասցե			
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	Հեռախոս () -

Անուն (անձ կամ խումբ)			
Հասցե			
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	Հեռախոս () -

Անուն (անձ կամ խումբ)			
Հասցե			
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	Հեռախոս () -

Ուղարկեք Ձեր լրացրած ձեռը՝

Health Net, Inc. Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Հեռախոս՝ Los Angeles 1-855-464-3571 կամ San Diego 1-855-464-3572, (TTY: 711)

Ֆաքս՝ (818) 676-8314

Health Net Community Solutions Inc.ը առողջապահական ծրագիր է, որը կնքվում է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ գրանցված անձանց երկու ծրագրերի նպաստներն ապահովելու համար: Health Net Community Solutions, Inc.-ը Health Net, Inc.-ի դուստր ձեռնարկությունն է: Health Net-ը Health Net, Inc-ի գրանցված սպասարկման նշանն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:



Պաշտպանված Առողջության Տեղեկատվության (PHI) բացահայտման թույլտվության չեղարկում

Health Net®

Ես ուզում եմ կասեցնել կամ չեղյալ համարել իմ թույլտվությունը, որ տվեցի Health Net Community Solutions, Inc.-ին (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)), իմ առողջության մասին տեղեկությունները որոշակի նպատակներով օգտագործելու կամ իմ անձի կամ իմ բնակիչի հետ իմ առողջության մասին տեղեկությունները փոխանցելու համար:

Տեղեկություն ստացած անձը կամ խումբը			
Անուն (անձ կամ խումբ)`			
Հասցե`			
Քաղաք`	Նահանգ`	Փոստային ինդեքս`	Հեռախոս` () -
Լիազորագրի ստորագրման ամսաթիվը (եթե հայտնի է)` _____ / _____ / _____			
Անդամի մասին տեղեկություն			
Անդամի անունը` (տպագիր)`			
Անդամի ծննդյան ամսաթիվը` / /		Անդամի ID #:	
Ես հասկանում եմ, որ իմ առողջության մասին տեղեկությունները (ներառյալ, եթե կիրառելի է, իմ նյութի օգտագործման խանգարումների գրառումները) կարող են արդեն օգտագործված կամ տրամադրված լինեն այլ անձանց նախկինում տրված թույլտվության պատճառով: Ես նաև հասկանում եմ, որ այս չեղարկումը վերաբերում է միայն իմ անձնական առողջության մասին տեղեկությունները որոշակի նպատակի կամ իմ անձի կամ իմ բնակիչի հետ իմ առողջական տվյալները տրամադրելու մասին օգտագործման թույլտվությանը: Այն չի չեղարկում իմ առողջության վերաբերյալ տեղեկությունների համար ստորագրած որևէ այլ թույլտվության ձեռք, որոնք կօգտագործվեն այլ նպատակների համար կամ կտրամադրվեն այլ անձի կամ իմ բնակիչի:			
Անդամի ստորագրությունը (անդամ կամ օրինական ներկայացուցիչ ստորագրեք այստեղ)`		Ամսաթիվը` _____/_____/_____	
Եթե Դուք ստորագրում եք որևէ անդամի փոխարեն, ապա ստորել նկարագրեք Ձեր առնչությունը անդամի հետ: Եթե Դուք անդամի անձնական ներկայացուցիչն եք, ապա այդ մասին նկարագրեք ստորելու մեզ ուղարկեք այդ ձեռքի օրինակները (ինչպիսիք են՝ լիազորագիրը կամ հովանավորություն կարգը):			

Health Net Community Solutions Inc.-ը կդադարեցնի Ձեր առողջության մասին տեղեկությունների օգտագործումը կամ կհստի, երբ մենք ստանանք այս ձեռք: Օգտագործեք ստորելու ներկայացված փոստային հասցեն՝ Կարող եք նաև օգնության համար զանգահարել ստորելու ներկայացված համարով՝

Health Net, Inc. Privacy Office
 PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409
 Հեռախոս՝ Los Angeles 1-855-464-3571 կամ San Diego 1-855-464-3572, (TTY: 711)
 Ֆաքս՝ (818) 676-8314

Health Net Community Solutions Inc.-ը առողջապահական ծրագիր է, որը կնքվում է ինչպես Medicare-ի, այնպես էլ Medi-Cal-ի հետ գրանցված անձանց երկու ծրագրերի նպաստներն ապահովելու համար: Health Net Community Solutions, Inc.-ը Health Net, Inc.-ի դուստր ձեռնարկությունն է: Health Net-ը Health Net, Inc.-ի գրանցված սպասարկման նշանն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: