

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133¹ (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

“แบบฟอร์ม ASCMI: Non-AB 133” สามารถใช้เพื่ออนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลสำหรับบุคคลที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ในการใช้แบบฟอร์ม ASCMI ดังต่อไปนี้ AB 133 ซึ่งรวมถึงบุคคลทั้งหมดที่

1. ไม่ได้ลงทะเบียนในแผนการดูแลสุขภาพภายใต้การจัดการของ Medi-Cal
2. ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพพฤติกรรมภายใต้ Medi-Cal
3. ไม่มีกระทำความผิดในคดีตามระบบกฎหมายอาญาที่เข้าเงื่อนไขรับสิทธิประโยชน์ Medi-Cal ก่อนการปล่อยตัวให้พ้นโทษ

ต้องการช่วยเหลือในการประสานงานด้านสุขภาพและบริการสังคมของคุณเพื่อให้คุณมีชีวิตที่สุขภาพดีขึ้นได้ ผู้ให้การดูแลรักษาของคุณอาจขอให้คุณลงนามในแบบฟอร์มเมื่อพวกเขาต้องการความยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลกับบุคคลอื่น หรือองค์กรที่คุณได้รับการดูแลรักษาหรือบริการ แบบฟอร์มนี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่ออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลของคุณโดยทั่วไปเมื่อไม่จำเป็นสำหรับการประสานงานการดูแลรักษาของคุณ โปรดดูด้านล่างเพื่อรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการแบ่งปันข้อมูลและผู้ที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้แบบฟอร์ม ASCMI นี้จะ

- » อธิบายว่าข้อมูลใดเกี่ยวกับคุณที่อาจถูกแบ่งปันเพื่อช่วยประสานงานการดูแลรักษาของคุณ
- » อธิบายว่าข้อมูลของคุณอาจถูกแบ่งปันและใช้ได้อย่างไร
- » ขออนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลบางประเภทของคุณ ประเภทของข้อมูลมีระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ของแบบฟอร์ม ASCMI

¹ AB 133 อ้างอิง California Assembly Bill 133

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อลูกค้า: _____ วันเดือนปีเกิด (ดต/ว/ปปปป) _____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์²: _____

ที่อยู่อาศัยเลขที่ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์ (สามารถเลือกตอบได้): _____

หมายเลขโทรศัพท์ (สามารถเลือกตอบได้): _____ ที่อยู่อีเมล (สามารถเลือกตอบได้): _____

คุณอนุญาตให้ผู้ให้การดูแลสุขภาพของคุณติดต่อคุณผ่านข้อความสั้นหรือทางโทรศัพท์หรือไม่ ผู้ให้การดูแลสุขภาพของคุณอาจติดต่อคุณเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับตัวเลือกความยินยอมของคุณ และเพื่อแจ้งให้คุณทราบว่าความยินยอมของคุณหมดอายุแล้วหรือไม่³ โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่คุณเลือกด้านล่าง:

ใช่ (ต้องระบุหมายเลขโทรศัพท์ด้านบน)

ข้อความสั้นและทางโทรศัพท์

ข้อความสั้นเท่านั้น

ทางโทรศัพท์เท่านั้น

ไม่ใช่

ข้อมูลผู้ให้การดูแลสุขภาพ

ควรกรอกโดยผู้ให้การดูแลสุขภาพที่ต้องการขอคำยินยอมจากสมาชิกข้างต้นในการเปิดเผยข้อมูลของตน

ชื่อผู้ให้การดูแลสุขภาพ: _____

ชื่อองค์กร: _____

หมายเลขประจำตัวผู้ให้บริการระดับชาติ (NPI) (ตามที่เกี่ยวข้อง): _____

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (TIN): _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____

หมายเลขโทรสาร (สามารถเลือกตอบได้): _____

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง/รัฐ รหัสไปรษณีย์: _____

² อาจเป็นที่อยู่ใดก็ได้ที่คุณสามารถรับจดหมายได้ รวมถึงที่อยู่ของเพื่อน สถานสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว

³ อาจส่งผลให้มีการเรียกเก็บเงินค่าใช้บริการโทรศัพท์มือถือของคุณ

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

ส่วนที่ 1: ภาพรวมของการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

1.1 วัตถุประสงค์ในการแบ่งปันข้อมูล

อาจมีการแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของคุณที่ระบุไว้ในส่วนที่ 1.3 ด้านล่างนี้ด้วยเหตุผลหลายประการ รวมทั้ง

- » การประสานงานการดูแลรักษาของคุณ ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือคุณทำการนัดหมาย ช่วยคุณร้องขอการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย หรือช่วยคุณค้นหาผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด
- » การให้บริการทางการแพทย์ ทัศนกรรม สุขภาพจิต และการบำบัดอาการติดสารเสพติดแก่คุณ
- » การรับเงินจากบริษัทประกันสุขภาพของคุณสำหรับการรักษาและบริการที่มอบให้กับคุณ
- » การเชื่อมโยงคุณกับโปรแกรม บริการ และทรัพยากรต่าง ๆ ที่สามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพและสุขภาวะของคุณ
- » การรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ _____ สามารถช่วยปรับปรุงการดูแลที่คุณได้รับได้

1.2 บุคคลใดที่สามารถแบ่งปันและรับข้อมูลของคุณได้

ผู้ให้การดูแลรักษาอาจแบ่งปันข้อมูลของคุณ ผู้ให้การดูแลรักษา คือผู้ให้บริการและองค์กรที่คุณเคยพบมาก่อน กำลังพบอยู่ หรืออาจพบในอนาคต ผู้ให้การดูแลรักษาเหล่านี้อาจรวมถึง:

- » ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงแพทย์ปฐมภูมิที่ให้การดูแลรักษา และผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต
- » ผู้ให้บริการด้านการติดสารเสพติด เช่น โปรแกรมการบำบัดการติดฝิ่น และโปรแกรมการบำบัดคนไข้ในของสถานพยาบาล
- » องค์กรในชุมชนและผู้ให้บริการด้านคนไร้บ้าน
- » แผนประกันสุขภาพ รวมถึงแผนการดูแลสุขภาพของ Medi-Cal และแผนสุขภาพจิต
- » หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของเคาน์ตี
- » องค์กรข้อมูลสุขภาพที่มีคุณสมบัติ
- » หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการมนุษย์ของรัฐ

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

1.3 ประเภทของข้อมูล

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่ต้องได้รับความยินยอมจากคุณในการแบ่งปัน?

มีข้อมูลบางประเภทที่คุณสามารถเลือกที่จะแบ่งปันหรือเลือกที่จะไม่แบ่งปันดังต่อไปนี้

- » ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดที่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย 42 C.F.R. ส่วนที่ 2
- » ข้อมูลสุขภาพจิตบางอย่าง
- » ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ
- » ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- » ผลการตรวจทางพันธุกรรม
- » ข้อมูลที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของคุณ

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลแต่ละประเภทที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถดูได้ในส่วนที่ 2.1 ของแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเลือกได้ว่าจะยินยอมให้แบ่งปันข้อมูลประเภทนี้หรือไม่ เมื่อคุณให้ความยินยอมนั้นหมายความว่าท่านกำลังอนุญาตให้มีการแบ่งปันข้อมูลนี้

ผู้ให้การดูแลรักษาบางรายของคุณสามารถใช้และแบ่งปันข้อมูลด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์บางส่วนของท่านได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อ:

- » ให้การบำบัดรักษาแก่คุณ
- » ได้รับเงินค่าบริการ
- » บริหารจัดการองค์กรของตนและประสานงานการดูแลรักษาของคุณ

ข้อมูลประเภทใดบ้างที่อาจถูกแบ่งปัน โดยไม่ต้องได้ รับคำยินยอมจากคุณ

- » ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพจิต (ดูข้อยกเว้นด้านล่าง)
- » ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดที่ไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2
- » ข้อมูลประกันสุขภาพ

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

ส่วนที่ 2: คำขออนุญาตจากคุณ

2.1 การอนุญาตพิเศษ

มีการขออนุญาตพิเศษจากคุณ 6 ประการดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติด
2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย
3. ข้อมูลด้านสุขภาพจิต
4. ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ
5. ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
6. ผลการตรวจทางพันธุกรรม

เลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” สำหรับการอนุญาตพิเศษแต่ละรายการ

การเลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” เป็นตัวเลือกของคุณแม้ว่าคุณจะเลือกคำตอบ “ไม่ใช่” ในแบบฟอร์ม แต่จะไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงสิทธิของคุณในการได้รับสิทธิประโยชน์หรือความสามารถในการรับการดูแลสุขภาพหรือบริการ

- » หากคุณเลือกคำตอบ “ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า” ในแบบฟอร์ม ผู้ให้การดูแลรักษาของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่คุณเลือกตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า”
 - หากคุณเลือกที่จะไม่ลงนามในแบบฟอร์ม ผู้ให้การดูแลรักษาของคุณจะไม่แบ่งปันข้อมูลที่คุณเลือกตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า”
- » หากคุณเลือกคำตอบ “ใช่” ในแบบฟอร์ม ผู้ให้การดูแลรักษาของคุณจะสามารถแบ่งปันข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับคุณ ซึ่งจะช่วยทำให้พวกเขาประสานงานการดูแลรักษาของคุณได้ แบบฟอร์มนี้จะช่วยให้พวกเขาเชื่อมโยงคุณกับบริการอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้นเช่นกัน

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติในการใช้สารเสพติด

- » ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายของรัฐบาลกลาง 42 CFR ส่วนที่ 2 ซึ่งมักเรียกกันว่า "ส่วนที่ 2" ผู้ให้การดูแลสุขภาพที่รักษาความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณสามารถแจ้งให้คุณทราบว่าข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมาย 42 C.F.R. ส่วนที่ 2 หรือไม่
- » คุณสามารถให้คำยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลการวินิจฉัยหรือการรักษาความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในภาคที่ 2 เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถบำบัดรักษาคุณได้รับการชำระเงินสำหรับบริการ ดำเนินงานองค์กรของตน และประสานงานการดูแลสุขภาพของคุณ
- » เมื่อคุณอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ของคุณกับ Medi-Cal แผนสุขภาพของคุณ หรือผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพรายอื่น หมายความว่าพวกเขาได้รับอนุญาตให้แบ่งปันข้อมูลดังกล่าวกับพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพรายอื่น เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันกับที่ระบุไว้ในหัวข้อข้างต้น ผู้ให้การดูแลสุขภาพของคุณสามารถแบ่งปันข้อมูลของคุณโดยไม่ได้รับความยินยอมจากคุณเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางและของรัฐ ผู้ให้การดูแลสุขภาพของคุณไม่สามารถแบ่งปันข้อมูลนี้เพื่อการดำเนินคดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง และทางนิติบัญญัติกับคุณได้
- » เมื่อข้อมูลการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณถูกนำไปใช้หรือแบ่งปันแล้ว ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ได้รับความคุ้มครองโดยส่วนที่ 2 อีกต่อไป หรืออาจไม่ได้รับความคุ้มครองในลักษณะเดียวกับที่เคยเป็นก่อนที่จะถูกนำมาใช้หรือแบ่งปัน ข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในส่วนที่ 2 ของคุณอาจได้รับความคุ้มครองโดยกฎหมายอื่นที่คุ้มครองข้อมูลสุขภาพของคุณ
- » คุณสามารถขอรับรายชื่อผู้ให้การดูแลสุขภาพที่ผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดส่วนที่ 2 ได้แบ่งปันข้อมูลของคุณได้ โดยติดต่อผู้ให้บริการด้านความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของคุณ

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการบำบัดความผิดปกติในการใช้สารเสพติดของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลความผิดปกติในการใช้สารเสพติดในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของข้าพเจ้า รวมถึงข้อมูลที่ได้รับคุ้มครองโดยส่วนที่ 2

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของ สมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย

หากคุณต้องการบริการที่พักอาศัย คุณอาจสามารถขอรับความช่วยเหลือผ่านองค์กร Coordinated Entry Coordinated Entry คือองค์กรในพื้นที่ที่ช่วยประสานงานบริการด้านที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ที่เป็น องค์กรเหล่านี้อาจต้องได้รับอนุญาตจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของคุณกับ Homeless Management Information Systems และพันธมิตรด้านการดูแลรายอื่น เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของคุณ ระบบเหล่านี้ใช้โดยองค์กรที่อยู่อาศัยเพื่อจัดหาและประสานงานบริการที่อยู่อาศัยและบริการสนับสนุนที่อยู่อาศัย

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ให้บริการที่อยู่อาศัยในพื้นที่ของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานะที่อยู่อาศัย ประวัติ และการสนับสนุนของข้าพเจ้ากับ Homeless Management Information Systems และพันธมิตรด้านการดูแลอื่น ๆ เช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า

ใช่

ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

3. ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพจิตบางส่วนของคุณ ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตที่คุณอาจได้รับจากผู้ให้บริการในชุมชนของคุณ เช่น บันทึกรักษา รายละเอียดการสั่งยา หรือการประเมิน อาจรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตด้วยหากคุณได้รับการดูแลในโรงพยาบาลของรัฐหรือของเคาน์ตี หรือสถานจิตเวช หรือขณะที่ถูกจำคุก

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลสุขภาพจิตของข้าพเจ้า

ใช่

ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

4. ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการ

- จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันข้อมูลบางส่วนเกี่ยวกับความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการของคุณ ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองและร่างกายของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยปกติจะเริ่มขึ้นก่อนอายุ 22 ปีและคงอยู่ตลอดชีวิต ความบกพร่องทางสติปัญญาอาจทำให้การเรียนรู้ การแก้ปัญหา และงานประจำวันมีความท้าทายมากขึ้น ความพิการทางพัฒนาการเป็นกลุ่มที่กว้างกว่า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถทางร่างกาย ความคิด ภาษา และพฤติกรรม ตัวอย่างของความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการ ได้แก่ ภาวะออทิสติก ดาวน์ซินโดรม สมองพิการ และโรคลมบ้าหมู
- ผู้ที่มีความพิการเหล่านี้บางครั้งอาจต้องการการสนับสนุนในชีวิตมากขึ้น แต่สิ่งนั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงคุณค่าทักษะ หรือการมีส่วนร่วมสนับสนุนต่อชุมชนของบุคคลนั้นแต่อย่างใด ทุกคนมีความพิเศษเฉพาะตัวและมีทักษะและความจำเป็นที่แตกต่างกัน การแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับความบกพร่องทางสติปัญญาและพัฒนาการของคุณระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อาจช่วยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนของคุณทุกคนเข้าใจมากขึ้นว่าจะช่วยเหลือคุณได้อย่างไร

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันข้อมูลความพิการทางสติปัญญาและพัฒนาการของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

5. ผลการตรวจเอชไอวี (HIV)

จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากคุณก่อนที่จะเปิดเผยผลการตรวจหาเชื้อ HIV ที่คุณได้รับให้แก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพรายอื่นที่ไม่ใช่ผู้ให้บริการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับ HIV โดยตรง

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันผลการทดสอบ HIV ของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

6. ผลการตรวจทางพันธุกรรม

แผนประกันสุขภาพของคุณ รวมถึง Medi-Cal จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากคุณในการแบ่งปันผลการทดสอบทางพันธุกรรมที่คุณอาจได้รับ ผลการทดสอบทางพันธุกรรมเป็นการทดสอบในห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบุโรคทางพันธุกรรมหรือภาวะสุขภาพบางอย่างที่คุณอาจมี

คำยินยอมของคุณ: ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ดูแลของข้าพเจ้าแบ่งปันผลการทดสอบทางพันธุกรรมของข้าพเจ้า

ใช่ ไม่ใช่ / ไม่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASDMI): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

2.2 สิทธิต่าง ๆ ของคุณ

คุณมีสิทธิอะไรบ้าง

คุณมีสิทธิดังต่อไปนี้

- » ลงนามในแบบฟอร์มนี้
- » ไม่ลงนามแบบฟอร์มนี้
- » ได้รับสำเนาแบบฟอร์มนี้
- » เปลี่ยนใจและเพิกถอนคำยินยอม

หากคุณลงนามในแบบฟอร์มนี้ คุณสามารถเปลี่ยนใจภายหลังได้หรือไม่

ใช่ คุณมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลของคุณ และคุณสามารถเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมนี้ได้ตลอดเวลา หากต้องการเปลี่ยนแปลงหรือเพิกถอนคำยินยอมของคุณ กรุณาปรึกษาผู้ให้การดูแลรักษาของคุณ คุณสามารถกรอกแบบฟอร์ม ASDMI ใหม่โดยแก้ไขตามที่ต้องการได้

- » การแก้ไขเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่คุณต้องการทำจะเกิดขึ้นในวันที่คุณลงนามแบบฟอร์ม ASDMI ฉบับใหม่
- » การขอเพิกถอนคำยินยอมของคุณจะไม่ส่งผลต่อข้อมูลที่ได้รับการแบ่งปันด้วยความยินยอมของคุณก่อนหน้านี้

แบบฟอร์มให้ความยินยอมในการแบ่งปันข้อมูลที่เป็นความลับของสมาชิก (ASCM): NON-AB 133 (เวอร์ชัน 2.0)

ชื่อต้น

ชื่อกลาง

นามสกุล

วันเดือนปีเกิด

หมายเลขดัชนีลูกค้า
Medi-Cal (ตามที่เกี่ยวข้อง)

2.3 ลายเซ็นของคุณ

โดยการลงนามแบบฟอร์มนี้ คุณเข้าใจและตกลงเห็นชอบว่า:

- » ผู้ให้การดูแลรักษาของคุณซึ่งระบุไว้ในส่วนที่ 1.2 ของแบบฟอร์มนี้อาจใช้และแบ่งปันข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณเลือกไว้ข้างต้นเพื่อวัตถุประสงค์ที่อธิบายไว้ในส่วนที่ 1.1 ของแบบฟอร์มนี้
- » คุณเข้าใจเช่นกันว่าเมื่อข้อมูลของคุณได้รับการแบ่งปัน กฎหมายของรัฐบาลกลางหรือของรัฐอาจไม่คุ้มครองข้อมูลดังกล่าวที่ทำการแบ่งปันซ้ำอีก

ความยินยอมของคุณในการแบ่งปันข้อมูลมีอายุการใช้งานนานเท่าใด

- » หากคุณอายุ 18 ปีขึ้นไป คำยินยอมนี้จะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม
- » หากคุณอายุต่ำกว่า 18 ปี คำยินยอมของคุณจะมีอายุหนึ่งปีนับจากวันที่คุณลงนามในแบบฟอร์ม หากคุณอายุครบ 18 ปี หรือหากสถานะผู้ปกครองของคุณเปลี่ยนแปลงไปในช่วงระยะเวลา 1 ปีนี้ คุณจะต้องให้คำยินยอมใหม่
- » ไม่ว่าคุณจะมีอายุเท่าไร คุณสามารถเปลี่ยนใจและขอเพิกถอนคำยินยอมได้ตลอดเวลาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้แบบฟอร์มการเพิกถอน ASCMI Revocation Form

ชื่อของคุณ	ลายเซ็นของคุณ	วันที่ (ดด/ว/ปปปป)
ชื่อบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	ลายเซ็นบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่ (ดด/ว/ปปปป)