

ແບບຟອມຂໍເພີກຖອນການອນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນ ຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI):

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ ນາມສະກຸນ _____ ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) _____

ກະລຸນາໃຊ້ແບບຟອມນີ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເພີກຖອນການອນຸຍາດຂອງທ່ານສໍາລັບຜູ້ໃຫ້ການດູແລຮັກສາ
ໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງປະເພດຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມຂໍເພີກຖອນ ASCMI ຄວນໃຊ້ສະເພາະກໍລະນີທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ ASCMI ກ່ອນໜ້ານີ້ (ບໍ່ວ່າຈະ
ເປັນແບບຟອມ AB 133 ຫຼື ແບບຟອມ Non-AB 133) ເຊິ່ງໃຫ້ຄວາມຍິນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າ

ຊື່ລູກຄ້າ: _____ ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ບບບບ) _____

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) ¹: _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ²: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ທີ່ຢູ່ອາໄສເລກທີ: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ: _____

ລະຫັດໄປສະນີ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

ເບີໂທລະສັບ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____ ທີ່ຢູ່ອີເມວ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

¹ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າແມ່ນເກົ່າຕົວທຳອິດຂອງໝາຍເລກປະຈຳຕົວທີ່ຢູ່ດ້ານໜ້າຂອງບັດສົດປະໂຫຍດປະຈຳຕົວຂອງສະມາຊິກ
Medi-Cal.

² ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພື່ອນ, ສະຖານພັກພັງ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

ແບບຟອມຂໍເພີກຖອນການອນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນ ຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASDMI):

ຊື່ ຊື່ກາງ ນາມສະກຸນ ວັນເດືອນປີເກີດ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ
Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

ໂດຍການກອກແບບຟອມຂໍເພີກຖອນ ASDMI ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ “ແມ່ນ” ເພື່ອແບ່ງປັນໃນແບບຟອມ ASDMI ຈະຖືກປ່ຽນເປັນ “ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂ້າພະເຈົ້າ.” ເຊິ່ງອາດຈະລວມເຖິງຂໍ້ມູນປະເພດໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານສົນໃຈທີ່ຈະປ່ຽນແປງການຕັ້ງຄໍາຄວາມຍິນຍອມພຽງບາງສ່ວນ ກະລຸນາກອກແບບຟອມ ASDMI ໃໝ່

ແບບຟອມ ASDMI (AB 133 ແລະ Non-AB 133)

- » ຂໍ້ມູນຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ 42 CFR ພາກສ່ວນທີ 2.
- » ຂໍ້ມູນທີ່ຢູ່ອາໄສ ລວມທັງສະຖານະພາບທີ່ຢູ່ອາໄສ, ປະຫວັດ ແລະການສະໜັບສະໜູນຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມ ASDMI (Non-AB 133 ເທົ່ານັ້ນ)

- » ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງປັນຍາ ແລະພັດທະນາການ.
- » ຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອຊໄອວີ.
- » ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ.

ຊື່ລູກຄ້າ	ລາຍເຊັນລູກຄ້າ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)
ຊື່ພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງ ກົດໝາຍ	ລາຍເຊັນພໍ່ແມ່/ຜູ້ປົກຄອງ/ຜູ້ຕ່າງໜ້າທາງ ກົດໝາຍ	ວັນທີ (ດດ/ວວ/ບບປປ)