

ແບບຟອມຂໍເພີກຖອນການອນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທົ່ວເຮັດ ຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASCMI):

ໃຊ້ແບບຟອມນີ້ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເພີກຖອນການອນຸຍາດຂອງທ່ານສໍາລັບຄູ່ຮ່ວມງານການດູແລໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນບາງປະເພດຂອງທ່ານ.

ແບບຟອມການເພີກຖອນ ASCMI ຄວນໃຊ້ສະເພາະກໍລະນີທີ່ທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມ ASCMI ກ່ອນໜ້ານີ້ (ບໍ່ວ່າຈະເປັນແບບຟອມ AB 133 ຫຼືແບບຟອມ Non-AB 133) ເຊິ່ງໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມໃນການແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນລູກຄ້າ

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

ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າ Medi-Cal (ຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ) ¹: _____

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ: _____

ທີ່ຢູ່ອາໄສ: _____

ເມືອງ: _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ (ສາມາດເລືອກຕອບໄດ້): _____

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

ໂດຍການກອກແບບຟອມການເພີກຖອນ ASCMI, ຂໍ້ມູນໃດໆທີ່ທ່ານເລືອກຄໍາຕອບ “ແມ່ນ” ເພື່ອແບ່ງປັນໃນແບບຟອມ ASCMI ຈະຖືກປ່ຽນເປັນ “ບໍ່ແມ່ນ / ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ພະເຈົ້າ.” ເຊິ່ງອາດຈະລວມເຖິງຂໍ້ມູນປະເພດໃດໜຶ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານສົນໃຈໃນການປ່ຽນແປງຄວາມຕ້ອງການບາງຢ່າງໃນການໃຫ້ຄວາມຍືນຍອມຂອງທ່ານ ກະລຸນາກອກແບບຟອມ ASCMI ໃໝ່

ແບບຟອມ ASCMI (AB 133 ແລະ Non-AB 133)

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

ແບບຟອມ ASCMI (Non-AB 133 ເທົ່ານັ້ນ)

- » ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຈິດບາງຢ່າງ.
- » ຂໍ້ມູນຄວາມພິການທາງບັນຍາ ແລະພັດທະນາການ.
- » ຜົນການກວດຫາເຊື້ອເອດສ໌.
- » ຜົນການທົດສອບທາງພັນທຸກຳ.

¹ ໝາຍເລກດັດຊະນີລູກຄ້າແມ່ນເກົ້າຕົວທຳອິດຂອງໝາຍເລກປະຈຳຕົວທີ່ຢູ່ດ້ານໜ້າຂອງບັດສົດປະໂຫຍດປະຈຳຕົວຂອງສະມາຊິກ Medi-Cal.

² ອາດເປັນທີ່ຢູ່ໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານສາມາດຮັບຈົດໝາຍ ລວມທັງທີ່ຢູ່ຂອງໝູ່ເພືອນ, ສະຖານພັກພຽງ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ.

ແບບຟອມຂໍເພີກຖອນການອນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນທີເປັນ
ຄວາມລັບຂອງສະມາຊິກ (ASDMI):

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