



COMMUNITY
HEALTH CHOICE

AI CÓ THỂ NHẬN VÀ SỬ DỤNG THÔNG TIN SỨC KHỎE?

[illegible]

Địa chỉ gửi thư: _____

THÀNH PHỐ

MÃ ZIP

SỐ ĐT BAN NGÀY

SỐ ĐT KHÁC

VUI LÒNG CHỌN CÁC MỤC ÁP DỤNG:

☐ Bản thân	☐ Người giám hộ hợp pháp
☐ Cha mẹ ruột hoặc cha mẹ nuôi	☐ Vợ/Chồng
☐ Cha mẹ nuôi tạm thời	☐ Cha mẹ kế
☐ Người đại diện hợp pháp – người có thẩm quyền hợp pháp để thay mặt hội viên	☐ Khác

Nếu người ký giấy ủy quyền này không phải là hội viên, quý vị phải cung cấp một bản sao giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe, giấy khai sinh hoặc giấy tờ liên quan khác cho phép quý vị thay mặt cho hội viên đó, và cả bằng chứng nhận dạng.

THÔNG TIN NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC TIẾT LỘ?

☐ Tất cả thông tin được mô tả dưới đây

☐ Phúc Lợi, Thanh Toán và Yêu Cầu Bồi Thường	☐ Yêu Cầu Thẻ Nhận Dạng Thông Tin
☐ Các Thay Đổi về Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	☐ Thanh Toán Phí Bảo Hiểm
☐ Các Thay Đổi về Địa Chỉ Nhà	☐ Cách Viết Tên và Thông Tin Cá Nhân khác

Bắt buộc phải có chữ ký tắt của quý vị để tiết lộ các thông tin sau:

☐ Thông Tin Sức Khỏe Tâm Thần
 ☐ Mang Thai/Kế Hoạch Hóa Gia Đình

☐ Lạm Dụng Ma Túy, Rượu hoặc Chất Gây Nghiện
 ☐ HIV/AIDS

Xin lưu ý: Có những hạn chế về lượng thông tin chúng tôi có thể chia sẻ với người khác liên quan đến tài khoản của quý vị. Lưu ý dành cho phụ huynh: những hạn chế này có thể không ảnh hưởng đến các quyền hợp pháp mà quý vị có để tiếp cận thông tin của con mình bằng các phương tiện khác, chẳng hạn như liên hệ với bác sĩ chăm sóc chính của con quý vị

