



Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI)

ECHS Category - PHIA

Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) có nghĩa là thông tin về sức khỏe của quý vị. Luật liên bang và tiểu bang bảo vệ quyền riêng tư của PHI của quý vị. Bằng việc ký tên vào văn bản này, quý vị cung cấp cho chúng tôi **SỰ ĐỒNG Ý**. Chúng tôi sẽ chỉ tiết lộ PHI khi quý vị đồng ý cho chúng tôi chia sẻ. Đồng thời, chúng tôi sẽ chỉ cung cấp thông tin cho những người hoặc cơ quan mà quý vị cho phép.

1. Hội Viên Medicaid là ai?

Tên	Họ	Tên đệm viết tắt
Số ID Hội Viên	Ngày sinh (<i>Tháng dạng 2 số/Ngày dạng 2 số/Năm dạng 4 số</i>)	Số điện thoại
Địa chỉ đường phố		
Thành phố, tiểu bang, mã ZIP		

2. Ai có thể nhận được PHI?

Tên của cá nhân hoặc công ty	Số điện thoại
Địa chỉ đường phố	
Thành phố, tiểu bang và mã ZIP	
Tên của cá nhân hoặc công ty	Số điện thoại
Địa chỉ đường phố	
Thành phố, tiểu bang và mã ZIP	

³Aetna cũng bao gồm các công ty con, chi nhánh, nhân viên, đại diện và nhà thầu phụ của

3. Chúng tôi có thể chia sẻ những gì về PHI?

Chúng tôi sẽ **chỉ** chia sẻ PHI khi quý vị **ĐỒNG Ý**. Hãy cho chúng tôi biết về loại PHI bằng cách chọn ô.

- Mọi thông tin cần thiết Sức khỏe (thông tin về y tế, nha khoa, nha thuốc, nhãn khoa)
 Chăm sóc dài hạn Hồ sơ quản lý bệnh nhân

Thông Tin Nhạy Cảm: (thông tin này có thể bao gồm thông tin chẩn đoán và/hoặc thông tin điều trị)

- Rối loạn sử dụng chất gây nghiện (rượu/ma túy) HIV/AIDS
 Các bệnh lây truyền qua đường tình dục
 Sức khỏe tâm thần/Sức khỏe hành vi (nhưng **KHÔNG PHẢI** là ghi chú về tâm lý trị liệu).
 Các dịch vụ nhạy cảm khác (chẳng hạn như chăm sóc xác nhận giới tính hoặc sức khỏe tình dục hoặc sức khỏe sinh sản)
 Khác (vui lòng giải thích) _____

4. Tại sao quý vị lại cung cấp PHI này?

Lý do/Mục đích:

5. Mẫu này sẽ có hiệu lực trong 1 năm trừ khi quý vị quy định thời gian ngắn hơn dưới đây.

Sự đồng ý của tôi có hiệu lực từ:

_____ đến _____
 Tháng dạng 2 số/Ngày dạng 2 số/Năm dạng 4 số Tháng dạng 2 số/Ngày dạng 2 số/Năm dạng 4 số

Bảng việc KP dưới đây, tôi hiểu và đồng P:

- Tôi cy thể rút lại **SỰ ĐỒNG Ý** của mình bằng cách viết thư đến địa chỉ trên mẫu đơn này.
- Nếu rút lại **SỰ ĐỒNG Ý** của mình, quý vị sẽ không thể rút lại PHI mà chúng tôi đã chia sẻ. Nhưng chúng tôi sẽ không chia sẻ thêm bất kỳ PHI nào của quý vị.
- Quyền đăng ký tham gia bảo hiểm của tôi sẽ không thay đổi nếu tôi không ký vào mẫu đơn này.
- Bất kỳ ai nhận PHI của tôi cy thể chia sẻ PHI của tôi với người khác. Điều đy cy nghĩa là pháp luật cũng không thể bảo vệ PHI của tôi.
- PHI mà tôi **ĐỒNG Ý** chia sẻ cy thể bao gồm:
 - Tình trạng sức khỏe và thông tin điều trị.
 - Các bệnh mạn tính
 - Tình trạng sức khỏe tâm thần/hành vi
 - Chẩn đoán hoặc điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (rượu/ma túy)
 - Các bệnh truyền nhiễm, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (HIV/AIDS), và thông tin dấu ấn di truyền.
- Tôi cy thể nhận bản sao tài liệu cy **SỰ ĐỒNG Ý** này bằng cách viết thư đến địa chỉ trên mẫu đơn này.
- Aetna sẽ không chia sẻ PHI của tôi với những người mà tôi đã nêu tên trừ khi tôi ký vào mẫu đơn này và không chia sẻ với bất kỳ ai khác.

CHÚ Ý:

Tôi phải ký vào mẫu đơn này nếu tủy chọn nào bên dưới được áp dụng

- Tôi từ 18 tuổi trở lên.
- Tôi dưới 18 tuổi và tôi đã kết hôn hoặc tự lập.
- Tình trạng của tôi cho phép tôi được điều trị ngay cả khi cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của tôi không đồng ý.
- PHI của tôi được chia sẻ cy thể bao gồm một hoặc nhiều tình trạng dưới đây:
 - Tình trạng sức khỏe tâm thần/hành vi
 - Chẩn đoán hoặc điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện (rượu/ma túy)
 - Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (kể cả HIV/AIDS)
 - Sức khỏe sinh sản (bao gồm tránh thai, chăm syc tiền sản và nạo phá thai)

6. Chữ KP của Hội Viên hoặc Đại Diện Ủy Quyền.

Chữ Ký	Ngày
Tên viết in	
Nếu người đại diện hợp pháp đã ký vào mẫu này, vui lzung mô tả mối quan hệ: (cha mẹ, người giám hộ hợp pháp, người đại diện theo Thư Ủy Quyền, người đại diện cá nhân)	

³Aetna³ cũng bao gồm các công ty con, chi nhánh, nhân viên, đại diện và nhà thầu phụ của

Đại Diện Ủy Quyền nghĩa là quý vị ký bằng chứng pháp lý về việc quý vị ký thể đại diện cho cá nhân này. Một đại diện ký tên thay cho cá nhân không thể tự ký tên một cách hợp pháp. Nếu hội viên dưới 18 tuổi, cha/mẹ hoặc người giám hộ phải ký thay cho trẻ. Nếu quý vị là người đại diện, để ký vào mẫu đơn này, quý vị phải gửi các bằng chứng pháp lý cho thấy quý vị ký thể đại diện cho cá nhân này.

Quý vị có thắc mắc nào không? Chúng tôi có thể giúp. Hãy gọi cho Aetna Better Health of California theo số **1-855-772-9076**.

**Vui lòng ký và gửi lại mẫu hoàn chỉnh này đến: Aetna HIPAA Member Rights Team
PO Box 14079
Lexington, KY 40512-4079**

Hoặc quý vị có thể gửi fax mẫu này đến: 859-280-1272

Gửi cùng tất cả các thông báo

THÔNG BÁO KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ

Kỳ thị là phạm pháp. Aetna Better Health of California tuân thủ các luật về quyền công dân của Tiểu bang và Liên bang. Aetna Better Health of California không phân biệt đối xử, loại trừ hay đối xử khác biệt với bất kỳ ai vì lý do giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc xu hướng tính dục.

Aetna Better Health of California cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho những người bị khuyết tật để giúp họ liên hệ hiệu quả hơn, chẳng hạn:
 - ✓ Thông dịch viên ngôn ngữ tin hiệu đủ trình độ
 - ✓ Thông tin bằng văn bản dưới các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải Tiếng Anh, như:
 - ✓ Thông dịch viên đủ trình độ
 - ✓ Thông tin bằng văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, liên hệ với Aetna Better Health of California 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần bằng cách gọi số **1-855-772-9076**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **TTY 711**. Nếu có yêu cầu, quý vị có thể được cung cấp tài liệu này dưới dạng chữ nổi Braille, chữ in lớn, âm thanh hoặc điện tử. Để nhận bản sao dưới một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc gửi thư tới:

Aetna Better Health of California
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131
1-855-772-9076 (TTY: 711)

CÁCH NỘP KHIẾU NẠI

Nếu quý vị cho rằng Aetna Better Health of California đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử trái pháp luật theo một cách khác dựa trên giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, độ tuổi, tình trạng khuyết tật về tinh thần, tình trạng khuyết tật về thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hoặc xu hướng tính dục, quý vị có thể khiếu nại với Aetna Better Health of California. Quý vị có thể nộp lời khiếu nại qua điện thoại, văn bản, trực tiếp hoặc qua phương thức điện tử.

[AetnaBetterHealth.com/California](https://www.aetna.com/betterhealth/california)

³Aetna³ cũng bao gồm các công ty con, chi nhánh, nhân viên, đại diện và nhà thầu phụ của

- Qua điện thoại: Liên hệ với Aetna Better Health of California 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày mỗi tuần bằng cách gọi **1-855-772-9076**. Hoặc, nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **TTY 711**.
- Bảng văn bản: Điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc viết thư và gửi tới:

**Aetna Better Health of California
Civil Rights Coordinator
10260 Meanley Drive
San Diego, CA 92131**

- Trực tiếp: Ghé văn phòng bác sĩ hoặc Aetna Better Health of California và nói quý vị muốn nộp khiếu nại.
- Qua phương thức điện tử: Truy cập trang web của Aetna Better Health of California tại địa chỉ **AetnaBetterHealth.com/California**.

**VĂN PHÒNG QUYỀN CÔNG DÂN (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) – BỘ DỊCH VỤ
CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA (CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE
SERVICES)**

Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại về dân quyền đến Bộ Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe California, Văn phòng Dân quyền bằng văn bản, qua điện thoại hoặc qua hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi **711 (Dịch vụ Tiếp âm Viễn thông)**.
- Bảng văn bản: Điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư tới:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413**

Mẫu khiếu nại có sẵn tại
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Qua phương thức điện tử: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS (VĂN PHÒNG DÂN QUYỀN) – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ)

Nếu quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính, quý vị cũng có thể nộp khiếu nại về dân quyền đến Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa kỳ (U.S. Department of Health and Human Services), Văn phòng Dân quyền (Office for Civil Rights) bằng văn bản, qua điện thoại hoặc qua hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Bằng văn bản: Điền thông tin vào mẫu khiếu nại hoặc gửi thư tới:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Đơn khiếu nại có sẵn tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Qua phương thức điện tử: Truy cập Cổng thông tin về Khiếu nại của Văn phòng Dân quyền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

"TAGLINES"

TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-385-4101 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-385-4101 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-385-4101 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1800-385-4101 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-385-4101 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសំខេម (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-385-4101 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电

1-800-385-4101 (TTY: 711)。另外还 提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-385-4101 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر م یخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. کم کها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخ ههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-385-4101 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-385-4101 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-385-4101 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-3854101 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-385-4101 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。す。 1-800-385-4101 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-385-4101 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ັຖາທ່ ານ ັຕອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງ ັທານໃຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ັຍງົມຄວາມຊ່ ວຍ ື່ເຫອແລະການ ືບລການສ່າ ັລບຄໍ ນິພການ ັ່ເລນເອກະສານີທ ັ່ເບນ ັອກສອນນນແລະ ືມໂຕ້ພມໃຫ ັ່ຍ ໃ ັທໂທຫາ ືເບ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ການບໍລິການດ່ ື່ຫ ືານ ັ່ບ ັຕອງເສຍຄ່ າໃຊ້ ັຈາຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-385-4101 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-385-4101 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-385-4101 (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-385-4101 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-385-4101 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-385-4101 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1 800-385-4101 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณ ต้องการความช่วยเหลือ เป็ ็นภาษาของคุณ กรุณา โทรศัพทไ้ ปทที่ หมายเลข 1-800-385-4101 (TTY: 711) นอกจากนี้ ี้ ยังพร้อ มให้ค วามช่วยเหลือ และบริ การต่าง ๆ ่ สำหรับบุคคลที่มี คี วามพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ่ ทเ็ ็นอักษรเบรลล์แ้ ละ ้ เอกสารทพี มี พต์ วัยด้วอกั ษรขนาดใหญ่ กรุณา โทรศัพทไ้ ปทที่ 1-800-3854101 (TTY: 711) ไมม่ คี ำ ไขจ่า ่งยส์ ำหรับบริ การเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-385-4101 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-385-4101 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.