

مجوز استفاده و افشای اطلاعات سلامت

اطلاعیه به اعضا:

- این فرم به Trillium اجازه می‌دهد تا اطلاعات سلامت شما را به اشتراک بگذارد.
- شما مجبور نیستید این فرم را امضا کنید. اگر این فرم را امضا نکنید، خدمات و مزایای شما نزد Trillium تغییری نمی‌کند.
- Trillium نمی‌تواند به فرد یا گروه قول دهد که اطلاعات شما را به اشتراک نخواهد گذاشت.
- یک نسخه از فرم‌های تکمیل‌شده را نگه دارید. به درخواست شما یک نسخه برایتان ارسال می‌کنیم.
- اگر فرم ناقص باشد معتبر نیست.
- می‌توانید این فرم را از طریق پست، فکس یا ایمیل به Trillium ارسال کنید.
- اگر می‌خواهید این فرم را لغو کنید، با ما تماس بگیرید. ما به شما کمک خواهیم کرد. با خدمات اعضای Trillium به شماره (TTY: 711) 1-877-600-5472 تماس بگیرید. یا از وبسایت ما به نشانی trilliumohp.com بازدید کنید.

اطلاعات اعضا

نام عضو (با حروف بزرگ و خوانا):

شماره ID عضو:

تاریخ تولد عضو:

من می‌خواهم **TRILLIUM** اطلاعات سلامت من را به اشتراک بگذارد. هدف این است:

☐ برای اینکه Trillium در مورد مزایا و خدماتم به من کمک کند، یا

☐ برای اینکه Trillium اطلاعات سلامت من را به اشتراک بگذارد

برای _____.

فرد یا گروهی که اطلاعات را دریافت می‌کند (سایر افراد یا گروه‌ها را در صفحه آخر اضافه کنید)

نام (شخص یا گروه):

آدرس:

شهر:

ایالت:

کدپستی:

تلفن:

من به Trillium اجازه می‌دهم اطلاعات سلامت من را به اشتراک بگذارد (یکی را انتخاب کنید)

☐ تمام اطلاعات سلامت من (از جمله آزمایش ژنتیک، HIV/AIDS، سلامت روان، و تشخیص، ارجاع یا درمان مواد مخدر/الکل)، یا

☐ تمام اطلاعات سلامت من به‌جز (علامت بزنید):

☐ آزمایش ژنتیک.

☐ HIV/AIDS.

☐ داده‌ها و سوابق مواد مخدر و الکل.

☐ داده‌ها و سوابق سلامت رفتاری (به جز یادداشت‌های روان‌درمانی).

☐ سایر موارد:

تاریخ پایان مجوز

تاریخ پایان مجوز (تاریخ یا رویدادی را ظرف 24 ماه انتخاب کنید. اگر این بخش خالی باشد، فرم معتبر نیست.):

امضا (عضو یا نماینده قانونی):	تاریخ:
-------------------------------	--------

اگر به عنوان نماینده عضو امضا می‌کنید، لطفاً یک نسخه کامل از آن سند (مانند وکالت‌نامه یا قیمومیت) را برای ما ارسال کنید.

شخص (ها) یا نهاد (های) دیگر

توجه: اگر می‌خواهید سوابق مصرف مواد را به اشتراک بگذارید، نام فرد یا ارائه‌دهنده را به اشتراک بگذارید.

نام (شخص یا نهاد):			
آدرس:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	تلفن:
نام (شخص یا نهاد):			
آدرس:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	تلفن:
نام (شخص یا نهاد):			
آدرس:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	تلفن:

فرم تکمیل شده را به این آدرس ارسال کنید:

Trillium Community Health Plan
PO Box 11740. Eugene, OR 97440-3940

فکس: 1-844-426-5340

ایمیل: PMYInfo@trilliumchp.com