

**Mẫu Cho Phép Đại Diện và  
Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ**

Quý vị có thể chọn một người, đại diện cho quý vị, để trao đổi thông tin với Hiệp Hội Sức Khỏe Alameda (Alliance) thay cho quý vị. Chúng tôi sẽ làm việc với người này giống như làm việc với quý vị. Đại diện của quý vị có thể hành động thay cho quý vị trong hầu hết các vấn đề về chăm sóc sức khỏe và tiếp nhận cũng như tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân của quý vị.

**Phần 1: Cá Nhân Cho Phép Tiết Lộ**

Tên Thành Viên hoặc Cha Mẹ/Giám Hộ cho phép tiết lộ

Chữ ký Thành Viên hoặc Cha Mẹ/Giám Hộ cho phép tiết lộ

Ngày

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Điện thoại

**Phần 2: Thành Viên Alliance**

Tên Thành Viên Alliance

Alliance ID của Thành Viên #

**Phần 3: Loại Chi Tiết**

Tôi cho phép việc sử dụng và tiết lộ bất cứ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân nào, bao gồm nhà cung cấp dịch vụ điều trị chăm sóc, chẩn đoán, thủ tục, chi tiết nhân khẩu, yêu cầu bảo hiểm hoặc đài thọ quyền lợi, và việc nhận được bất cứ phê duyệt hoặc ủy quyền cần thiết nào cho các dịch vụ y tế. **Thông tin này cũng bao gồm chi tiết về sức khỏe tâm thần, lạm dụng thuốc hoặc rượu, và thông tin liên quan đến bệnh AIDS, nếu thích ứng.**

**Việc cấp phép này không cho người đại diện quyền lấy các quyết định về trị liệu hoặc chăm sóc trực tiếp. Nó cũng không thay đổi cách thức Alliance tiến hành các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.**

**Phần 4: Sử Dụng và/hoặc Tiết Lộ Được Phép**

Tôi chỉ định người có tên dưới đây đại diện cho tôi và/hoặc đưa con vị thành niên của tôi (thành viên Alliance nêu tên ở trên). Tôi cho phép người đại diện tiếp nhận, thảo luận, và tiết lộ Thông Tin Sức Khỏe Cá Nhân của tôi. Tôi xác nhận rằng việc cấp phép của tôi hoàn toàn tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút phép lại bất cứ lúc nào bằng cách gửi thư thông báo đến Alliance theo địa chỉ dưới đây.

**Phần 5: Chấp nhận việc Chỉ Định**

Tôi chấp nhận việc chỉ định ở trên.

Tên Đại Diện Được Phép

Tên Tổ Chức

Chữ Ký Đại Diện Được Phép

Ngày

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Điện thoại

**Gửi mẫu này đến:** Attn: Care Coordination  
Alameda Alliance for Health  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

**Hoặc fax mẫu này đến:** 1-855-891-7172