



MẪU ĐƠN YÊU CẦU NHẬN THÔNG TIN BẢO MẬT

Hoàn thành mẫu đơn này để nhận tất cả các thông tin liên lạc tiết lộ thông tin y tế hoặc tên và địa chỉ của nhà cung cấp liên quan đến việc nhận các dịch vụ y tế tại một địa chỉ thay thế hoặc bằng các phương tiện thay thế.

Cá nhân được bảo hiểm yêu cầu nhận thông tin bảo mật:

Tên: _____

Số Hồ sơ Y tế: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Địa chỉ Email (nếu có): _____

Số điện thoại: _____

Vui lòng gửi toàn bộ thông tin liên lạc trong tương lai tới địa chỉ được cung cấp dưới đây:

Địa chỉ thay thế: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã bưu chính: _____

Địa chỉ Email thay thế (nếu có): _____

Số điện thoại: _____

Phương thức liên lạc thay thế (nếu có): _____

Quý vị muốn được liên hệ như thế nào nếu chúng tôi có thắc mắc về yêu cầu này?

Tôi hiểu rằng yêu cầu này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi tôi hủy bỏ yêu cầu hoặc gửi một yêu cầu mới.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng gửi lại yêu cầu đã hoàn thành và ký tên đến:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.