KAISER PERMANENTE®

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest • Kaiser Foundation Hospitals

Thu Hồi Giấy Ủy Quyền hoặc Chấp Thuận Việc Sử Dụng/Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ

Phòng Công Bố Thông Tin

BỆNH NHÂN:		
TÊN RIÊNG / TÊN THỜI CON GÁI / TÊN KHÁC:		
SỐ HỒ SƠ Y TẾ:		
NGÀY SINH (MM/DD/YYYY):	SỐ ĐIỆN THOẠI:	
ĐỊA CHỈ:		SỐ CĂN HỘ:
THÀNH PHỐ:	TIỂU BANG:	MÃ BƯU ĐIỆN +4:

Tôi xin thu hồi giấy ủy quyền hoặc chấp thuận trước đây về việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) như được mô tả bên dưới.

Hãy đánh dấu 1 hộp kiểm và điền thông tin vào các trường trống phù hợp.

☐ Tôi thu hồi **TOÀN BỘ** giấy ủy quyền hoặc chấp thuận trước đây mà tôi đã ký.

☐ Tôi thu hồi giấy ủy quyền hoặc chấp thuận mà tôi đã ký vào ngày sau: _____

để tiết lộ thông tin cho: _____

Tôi hiểu rằng văn bản thu hồi này sẽ có hiệu lực sau khi được tiếp nhận, nhưng không áp dụng đối với các trường hợp mà người yêu cầu hoặc những người khác đã hành động theo giấy ủy quyền hoặc chấp thuận mà tôi đã cung cấp trước khi gửi giấy thu hồi này.

Tôi hiểu rằng giấy thu hồi sẽ không áp dụng đối với thông tin đã được tiết lộ cũng như đối với công ty bảo hiểm của tôi khi luật cho phép hãng bảo hiểm có quyền phản đối yêu cầu thanh toán theo hợp đồng bảo hiểm của tôi hoặc theo hợp đồng bảo hiểm nói chung.

Mặc dù có giấy thu hồi này, nhưng Kaiser Permanente vẫn sẽ tiết lộ PHI cho các bên thứ ba nếu luật pháp yêu cầu, bao gồm tiết lộ cho (các) cá nhân hoặc tổ chức được nêu trong giấy thu hồi này.

✗ _____ _____

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI ĐẠI DIỆN CÁ NHÂN HỢP PHÁP — NGÀY

_____

SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA BỆNH NHÂN/CÁ NHÂN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Nếu biểu mẫu do người đại diện cá nhân hợp pháp ký thay bệnh nhân, vui lòng hoàn thành các mục sau:

Họ tên của người đại diện cá nhân hợp pháp (vui lòng viết hoa): _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____ Số điện thoại: _____

Vui lòng đính kèm các tài liệu xác minh thẩm quyền đại diện cho bệnh nhân.

Gửi biểu mẫu này theo một trong các phương thức sau. Lưu một bản sao cho hồ sơ của quý vị.

- **Email:** nw.roi.revocations@kp.org
- **Gửi thư qua đường bưu điện:** Kaiser Permanente Northwest
  Attn.: Release of Information Department
  500 NE Multnomah St., Suite 100
  Portland, OR 97232-2099

Nếu quý vị có thắc mắc, vui lòng gọi đến phòng Công Bố Thông Tin theo số 503-571-5051.

Nơi nhận: gửi thư đến địa chỉ email **nw.roi.revocations@kp.org**

©2025 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232