

Chấp Thuận Cho Phép Tiết Lộ Hồ Sơ Rối Loạn Do Sử Dụng Chất Gây Nghiện Để Điều Trị, Thanh Toán và Thực Hiện Các Hoạt Động Chăm Sóc Sức Khỏe

Luật liên bang bảo vệ tính bảo mật của hồ sơ rối loạn do sử dụng chất gây nghiện (“Hồ Sơ SUD”) liên quan đến chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị của quý vị. Việc quý vị chấp thuận là hoàn toàn tự nguyện. Khi quý vị đồng ý và ký vào mẫu đơn chấp thuận này, Kaiser Permanente có thể chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị cho mục đích điều trị, thanh toán và để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho đến khi quý vị rút lại sự chấp thuận.

Quý vị có thể đọc thêm chi tiết về các lý do khác mà Kaiser Permanente có thể sử dụng hoặc chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị khi có hoặc không có sự chấp thuận của quý vị trong Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư của Kaiser Permanente [<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/privacy-practices>]. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc lo ngại về ý nghĩa của mẫu đơn chấp thuận này, vui lòng hỏi chuyên gia trị liệu hoặc nhân viên để biết thêm thông tin.

Định Nghĩa

“Kaiser Permanente” có nghĩa là Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, Permanente Medical Groups và mỗi công ty con của họ, bao gồm cả những công ty con vận hành và quản lý Chương Trình Phần 2.

“Hồ Sơ SUD” có nghĩa là bất kỳ thông tin nào có thể định danh cá nhân quý vị được tạo ra, nhận được hoặc thu được bởi Chương Trình Kaiser Permanente Phần 2, như được định nghĩa trong 42 C.F.R. Mục 2.11, và liên quan đến việc chẩn đoán, điều trị hoặc giới thiệu điều trị chứng rối loạn do sử dụng chất gây nghiện.

Lý do chúng tôi cần có sự chấp thuận của quý vị

Theo luật liên bang, các Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente (“các Chương Trình Phần 2”), trong hầu hết các trường hợp phải có được mẫu đơn chấp thuận đã ký của quý vị trước khi tiết lộ Hồ Sơ SUD của quý vị cho những người không thuộc Chương Trình Phần 2. Các trường hợp ngoại lệ mà Kaiser Permanente có thể cần chia sẻ thông tin của quý vị mà không cần sự chấp thuận cụ thể của quý vị bao gồm:

- Nếu quý vị đang gặp trường hợp cấp cứu y tế
- Nếu chúng tôi nghi ngờ quý vị đã từng bị ngược đãi hoặc bỏ bê
- Nếu chúng tôi đã nhận được lệnh của tòa án yêu cầu tiết lộ Hồ Sơ SUD của quý vị

Giới thiệu về mẫu đơn chấp thuận này

Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn này để đồng ý hoặc từ chối đưa ra chấp thuận cho phép Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente tiết lộ Hồ Sơ SUD của quý vị cho mục đích điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe. Sự chấp thuận này sẽ áp dụng cho việc chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị để lập hóa đơn cho chương trình bảo hiểm sức khỏe về dịch vụ chăm sóc liên quan đến SUD được cung cấp cho quý vị, để giúp điều phối dịch vụ chăm sóc và quản lý trường hợp của quý vị,

và về các hoạt động đảm bảo chất lượng hoặc giám sát an toàn bệnh nhân của Kaiser Permanente, cũng như các hoạt động đảm bảo tuân thủ quy định.

Chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị

Hồ Sơ SUD có thể được Kaiser Permanente (như đã định nghĩa ở trên) chia sẻ với người khác cho mục đích điều trị, thanh toán và để thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe theo quy định về quyền riêng tư của Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA) tại 45 C.F.R. Phần 160 và 164. Nếu người nhận Hồ Sơ SUD của quý vị là một tổ chức bảo hiểm hoặc đối tác kinh doanh theo định nghĩa trong các quy tắc về quyền riêng tư của HIPAA đó thì những người nhận này cũng được phép sử dụng và tiết lộ/chia sẻ thông tin đó cho mục đích điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Hồ Sơ SUD được tiết lộ/chia sẻ theo cách này có thể không còn được bảo vệ bởi 42 C.F.R. Phần 2.

Quý vị ký mẫu đơn chấp thuận

Bằng việc ký vào mẫu đơn chấp thuận này, quý vị đồng ý rằng Kaiser Permanente có thể dựa vào mẫu đơn chấp thuận duy nhất này để cho phép tất cả mục đích sử dụng và tiết lộ thông tin trong tương lai bởi các Chương Trình Phần 2 cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Những mục đích này cho phép chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ điều trị, các chương trình bảo hiểm sức khỏe, các bên thanh toán thứ ba và những bên khác hỗ trợ vận hành các Chương Trình Phần 2 của chúng tôi.

Các thông tin được tiết lộ không thuộc phạm vi của sự chấp thuận này

Luật liên bang nghiêm cấm rõ ràng Kaiser Permanente (như đã định nghĩa ở trên) sử dụng hoặc tiết lộ/chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị cho các thủ tục tố tụng dân sự, hình sự hoặc hành chính chống lại quý vị, trừ trường hợp quý vị đưa ra văn bản chấp thuận cho phép chia sẻ hồ sơ hoặc đưa ra được lệnh của tòa án quy định việc chia sẻ đó.

Từ chối đưa ra chấp thuận cho phép tiết lộ Hồ Sơ SUD

Nếu quý vị từ chối ký vào mẫu đơn chấp thuận này, điều đó có thể khiến chúng tôi gặp khó khăn hơn trong việc điều phối việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác và khi thu tiền cho dịch vụ chăm sóc đã cung cấp. Điều này cũng có thể ảnh hưởng tiêu cực đến trải nghiệm của bệnh nhân vì việc hạn chế cách chúng tôi chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị có thể dẫn đến việc chia sẻ thông tin không đầy đủ hoặc không chính xác với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, các chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc các bên thanh toán thứ ba. Chúng tôi cũng có thể cần giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp bên ngoài các Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente để nhận được các dịch vụ điều trị SUD.

Rút lại hoặc hủy bỏ sự chấp thuận của quý vị

Quý vị có quyền rút lại sự chấp thuận này bất cứ lúc nào. Nếu quý vị chọn rút lại sự chấp thuận, quý vị hoặc đại diện cá nhân của quý vị phải gửi yêu cầu bằng văn bản đến bộ phận ROI tại nước sở tại.

Sau khi chúng tôi nhận được mẫu đơn Hủy Ủy Quyền của quý vị, Kaiser Permanente sẽ không còn được phép tiết lộ hoặc chia sẻ bất kỳ Hồ Sơ SUD nào cho mục đích điều trị, thanh toán hoặc thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe trừ khi có trường hợp ngoại lệ (ví dụ: trường hợp cấp cứu y tế), nếu luật pháp hoặc tòa án yêu cầu Kaiser Permanente chia sẻ một số thông tin nhất định thuộc Hồ Sơ SUD của quý vị, hoặc nếu quý vị đã đưa ra sự chấp thuận bằng văn bản cho phép sử dụng hoặc tiết lộ/chia sẻ Hồ Sơ SUD của quý vị cho một mục đích cụ thể. Xin lưu ý rằng Kaiser Permanente không thể truy hồi hoặc đảo ngược việc tiết lộ Hồ Sơ SUD đã xảy ra khi chúng tôi đã có mẫu đơn chấp thuận đã ký của quý vị. Nếu quý vị rút lại sự chấp thuận, chúng tôi cũng có thể cần giới thiệu quý vị đến một nhà cung cấp bên ngoài các Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente để nhận được các dịch vụ điều trị SUD.

Thời hạn và ngày hết hạn của sự chấp thuận

Sự chấp thuận của quý vị sẽ vẫn có hiệu lực miễn là Kaiser Permanente lưu giữ Hồ Sơ SUD của quý vị hoặc cho đến khi quý vị rút lại sự chấp thuận, trừ trường hợp luật tiểu bang giới hạn thời hạn hiệu lực của sự chấp thuận đó.

CƠ QUAN BÁO CÁO

Mục 1785.27 của Bộ Luật Dân Sự nghiêm cấm người nắm giữ hợp đồng nợ y tế này cung cấp bất kỳ thông tin nào liên quan đến khoản nợ này cho cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng. Ngoài bất kỳ hình thức xử phạt nào khác theo quy định của pháp luật, nếu một người cố ý vi phạm mục đó bằng cách cung cấp thông tin về khoản nợ này cho cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng, thì khoản nợ đó sẽ bị vô hiệu và không có hiệu lực thi hành.

TRỢ CẤP TÀI CHÍNH Y TẾ

Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình Trợ Cấp Tài Chính Y Tế (MFA) nhằm hỗ trợ thanh toán chi phí hóa đơn y tế tại Kaiser Permanente. Chúng tôi sẽ xác minh thu nhập của quý vị để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn được nhận trợ cấp từ chương trình MFA hoặc chương trình khác của liên bang, tiểu bang và tư nhân hay không. Nếu quý vị không cung cấp chứng từ chứng minh thu nhập, Kaiser Permanente sẽ sử dụng thông tin từ các nguồn khác. Chúng tôi sẽ kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không trước khi chuyển các hóa đơn y tế chưa thanh toán sang đơn vị thu nợ. Nếu đủ điều kiện được nhận trợ cấp từ chương trình MFA của Kaiser Permanente, quý vị sẽ nhận được thư thông báo. Quý vị có quyền quyết định có tham gia chương trình MFA hay không. Nếu quý vị không muốn tham gia chương trình, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-390-3507 (TTY 711). Nếu rút khỏi chương trình, quý vị sẽ cần thanh toán nốt số tiền còn nợ.

CHẤP THUẬN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ SUD CỦA QUÝ VỊ

TỪ CHỐI ĐƯA RA CHẤP THUẬN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ SUD CỦA QUÝ VỊ

CHẤP THUẬN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ SUD CỦA QUÝ VỊ

Bằng cách ký tên vào chỗ trống bên dưới, quý vị xác nhận và đồng ý rằng quý vị đã đọc và hiểu tài liệu này, và quý vị đang đưa ra sự chấp thuận duy nhất đối với tất cả mục đích sử dụng và tiết lộ trong tương lai về Hồ Sơ SUD của quý vị bởi Kaiser Permanente cho các nhà cung cấp dịch vụ điều trị, các chương trình bảo hiểm sức khỏe, các bên thanh toán thứ ba và những người hỗ trợ vận hành các Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente, cho các mục đích điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe như đã mô tả ở trên.

Nếu Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Đại Diện Cá Nhân ký tên mẫu đơn chấp thuận này, hãy viết in hoa tên của Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Đại Diện Cá Nhân và mối quan hệ với bệnh nhân đó. *(Lưu ý: Nếu người được chăm sóc là trẻ vị thành niên, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp xác nhận đã đọc và hiểu tài liệu này cũng như cho phép việc tiết lộ thông tin này. Cả trẻ vị thành niên và phụ huynh/người giám hộ hợp pháp phải ký tên vào bên dưới. Trong một số trường hợp nhất định, trẻ vị thành niên có thể chấp thuận điều trị và cho phép tiết lộ thông tin liên quan đến việc điều trị cho mình mà không cần có sự cho phép của phụ huynh, chỉ mỗi trẻ vị thành niên đó phải ký tên vào bên dưới.)*¹

Tên Bệnh Nhân (viết in hoa)	Chữ ký	Ngày
-----------------------------	--------	------

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ của Bệnh Nhân (viết in hoa) (trong trường hợp yêu cầu)	Chữ ký	Ngày
---	--------	------

Tên Người Được Ủy Quyền theo Pháp Luật Ký Thay Mặt Bệnh Nhân (viết in hoa) (trong trường hợp yêu cầu)	Chữ ký	Ngày
---	--------	------

¹ "Xem, [Cal. Fam. California § 6929 \(West\)](#) , (b) Trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên có thể chấp thuận nhận chăm sóc y tế và tư vấn liên quan đến việc chẩn đoán và điều trị vấn đề liên quan đến ma túy hoặc bia rượu. (c) Kế hoạch điều trị cho trẻ vị thành niên được cho phép theo mục này phải có sự tham gia của cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ, nếu phù hợp, theo quyết định của người có chuyên môn hoặc cơ sở điều trị đang điều trị cho trẻ vị thành niên đó.

TỪ CHỐI ĐƯA RA CHẤP THUẬN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ SUD CỦA QUÝ VỊ

TÔI KHÔNG CHO PHÉP Kaiser Permanente tiết lộ hoặc chia sẻ toàn bộ hoặc bất kỳ phần nào trong Hồ Sơ SUD của tôi cho các nhà cung cấp dịch vụ điều trị, các chương trình bảo hiểm sức khỏe, các bên thanh toán thứ ba và những người hỗ trợ vận hành các Chương Trình Phần 2 của Kaiser Permanente cho tất cả mục đích sử dụng và tiết lộ trong tương lai liên quan đến việc điều trị, thanh toán và thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng việc từ chối này sẽ không ảnh hưởng đến bất kỳ mục đích sử dụng hoặc tiết lộ nào mà Kaiser Permanente được phép hoặc bắt buộc phải thực hiện mà không cần sự chấp thuận của tôi theo luật áp dụng, như đã mô tả trong Thông Báo Thực Hành Quyền Riêng Tư, hoặc khả năng công ty sử dụng hoặc tiết lộ/chia sẻ thông tin của tôi theo sự chấp thuận của tôi trong một mẫu đơn ủy quyền hoặc chấp thuận riêng biệt, cụ thể.

(Lưu ý: Nếu người được chăm sóc là trẻ vị thành niên, phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp xác nhận đã đọc và hiểu tài liệu này cũng như từ chối cho phép việc tiết lộ thông tin này. Cả trẻ vị thành niên và phụ huynh/người giám hộ hợp pháp phải ký tên vào bên dưới. Trong một số trường hợp nhất định, trẻ vị thành niên có thể chấp thuận điều trị và thanh toán hoặc từ chối việc điều trị cho mình mà không cần có sự cho phép của phụ huynh, chỉ mỗi trẻ vị thành niên đó phải ký tên vào bên dưới.)²

Tên Bệnh Nhân (viết in hoa)	Chữ ký	Ngày
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ của Bệnh Nhân (viết in hoa) (trong trường hợp yêu cầu)	Chữ ký	Ngày
Tên Người được ủy quyền theo pháp luật ký thay mặt Bệnh Nhân (viết in hoa) (trong trường hợp yêu cầu)	Chữ ký	Ngày

² "Xem, [Cal. Fam. California § 6929 \(West\)](#) , (b) Trẻ vị thành niên từ 12 tuổi trở lên có thể chấp thuận nhận chăm sóc y tế và tư vấn liên quan đến việc chẩn đoán và điều trị vấn đề liên quan đến ma túy hoặc bia rượu. (c) Kế hoạch điều trị cho trẻ vị thành niên được cho phép theo mục này phải có sự tham gia của cha mẹ hoặc người giám hộ của trẻ, nếu phù hợp, theo quyết định của người có chuyên môn hoặc cơ sở điều trị đang điều trị cho trẻ vị thành niên đó.