



## Giấy ủy quyền cung cấp thông tin y tế cá nhân

Tôi, \_\_\_\_\_, cho phép (những) người sau đây thay mặt tôi liên lạc với Health Share of Oregon về y tế. Tôi cho phép Health Share of Oregon trao đổi thông tin cá nhân, gồm địa chỉ, số điện thoại, số ID thành viên, thông tin chương trình và ngày có hiệu lực để xác minh thông tin và/hoặc cập nhật và thay đổi bất kỳ thông tin nào cần thiết.

Vui lòng điền (viết in hoa) các dòng sau.

_____	_____
(Tên)	(Mối quan hệ)
_____	_____
(Tên)	(Mối quan hệ)

Tôi hiểu rằng tôi không cho phép bất kỳ cuộc trao đổi nào về thông tin của tôi ngoài những lý do nêu trên. Tôi hiểu rằng Health Share of Oregon chỉ có thể nói chuyện với (những) người nêu trên trừ khi hoàn thành một biểu mẫu khác hoặc thông tin đó được luật pháp yêu cầu cụ thể.

Tôi hiểu rằng biểu mẫu này chỉ được Health Share of Oregon sử dụng và tôi có thể được yêu cầu gửi thêm các bản cho các tổ chức khác liên quan đến việc chăm sóc y tế của tôi.

Bản này có hiệu lực trong vòng một (1) năm kể từ ngày ký.

**X**

Chữ ký của thành viên

Ngày

\_\_\_\_\_

ID Chương trình Bảo hiểm Y tế Oregon của thành viên

**X**

Chữ ký của phụ huynh, người giám hộ hoặc người đại diện hợp pháp nếu  
thành viên là trẻ vị thành niên (nêu rõ mối quan hệ của bạn với bệnh nhân)

Ngày

**Vui lòng gửi lại tài liệu này cho Health Share of Oregon bằng một trong các cách sau:**

**Fax:** 503-459-5749

**E-mail:** [info@healthshareoregon.org](mailto:info@healthshareoregon.org)

**Gửi thư:** 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland, hoặc 97201