

## Biểu Mẫu Yêu Cầu Trao Đổi Thông Tin Bí Mật

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn Alameda Alliance for Health (Alliance). Chúng tôi là đối tác chăm sóc sức khỏe của quý vị. Là hội viên của Alliance, quý vị có quyền lựa chọn cách thông tin sức khỏe được bảo vệ (Protected Health Information, PHI) của quý vị được chia sẻ. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi chỉ liên hệ với quý vị qua thư bưu điện, email (email sẽ được gửi một cách bảo mật) hoặc điện thoại.

Để yêu cầu trao đổi thông tin y tế bí mật (riêng tư), quý vị phải gửi biểu mẫu này tới:

Alameda Alliance for Health  
ATTN: Member Services Department  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502  
Fax: **1.877.747.4504**  
Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

### PHẦN 1: THÔNG TIN HỘI VIÊN

Họ: \_\_\_\_\_ Tên: \_\_\_\_\_  
Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): \_\_\_\_\_  
Số ID Hội Viên Alliance: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_  
Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_  Số Điện Thoại Nhà  Số Điện Thoại Di Động

### PHẦN 2: CÁCH THỨC NHẬN THÔNG TIN TRAO ĐỔI BÍ MẬT

Tôi yêu cầu gửi các thông tin liên lạc liên quan đến thông tin bí mật (riêng tư) cho tôi qua hình thức (vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp):

Gửi thư đến địa chỉ ưu tiên sau đây:

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Gửi email đến: \_\_\_\_\_

Gọi điện đến: \_\_\_\_\_  Số điện thoại nhà  Số điện thoại di động

### PHẦN 3: CHỮ KÝ

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác. Tôi muốn thay đổi trong phương thức liên lạc này được áp dụng cho đến khi tôi hủy bỏ hoặc gửi Biểu Mẫu Yêu Cầu Trao Đổi Thông Tin Bí Mật mới.

Nếu quý vị ký tên thay mặt cho hội viên, hãy mô tả mối quan hệ của quý vị dưới đây. Nếu quý vị là người đại diện cá nhân của hội viên, vui lòng gửi cho chúng tôi bản sao của các biểu mẫu đó (chẳng hạn như giấy ủy quyền hoặc lệnh giám hộ).

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ nếu ký thay hội viên: \_\_\_\_\_