P. O. Box 2756
Mission Viejo, CA 92690
1-888-439-3392
TDD 1-949-364-1289
www.eyexamofca.com

GIẤY ỦY QUYỀN YÊU CẦU TRAO ĐỔI RIÊNG VỀ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi yêu cầu truy cập với tư cách ☐ Bệnh Nhân ☐ Phụ Huynh/Người Giám Hộ ☐ Trợ Lý Được Ủy Quyền (Cần có bằng chứng về giấy tờ pháp lý)

_____ _____
Tên Bệnh Nhân (Vui lòng viết in hoa rõ ràng) Ngày Sinh

_____
Địa Chỉ Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip

(_____) _____
Số Liên Lạc

Ngày Hôm Nay: _____

Yêu cầu trao đổi về những thông tin sau sẽ được bảo mật

- Hóa đơn
- Thông báo quyết định phúc lợi bảo hiểm bất lợi
- Giải thích về phúc lợi
- Thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường
- Thông báo về yêu cầu bồi thường có tranh chấp

Phương thức liên lạc ưu tiên:

☐ Văn bản: Địa chỉ nhận thư: _____

☐ Điện tử: Email nhận thư: _____

☐ Lời nói/trực tiếp: Số điện thoại liên hệ để nhận thư: _____

Thời hạn: Giấy ủy quyền này có hiệu lực cho đến khi người đăng ký hoặc người ghi danh gửi yêu cầu hủy bỏ hoặc khi có yêu cầu trao đổi bảo mật mới được gửi mà không có yêu cầu gia hạn hàng năm.

Ngày: _____

Tên Bệnh Nhân (In Hoa): _____ Số liên lạc ban ngày: _____

_____ _____

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện của bệnh nhân quan hệ với bệnh nhân