

# Otorizasyon pou itilize epi divilge enfòmasyon sou sante



## Notice to Member:

- Completing this form will allow Delaware First Health to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Delaware First Health will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Delaware First Health cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

**Delaware First Health**  
**ATTN: Compliance/Privacy Department**  
**750 Prides Crossing, Suite 200**  
**Newark, DE 19713**

## Avi pou Manm:

- Yonfwa ou ranpli fòmilè sa a, sa pral pèmèt Delaware First Health (i) itilize enfòmasyon sou sante w pou yon objektif patikilye, epi/oswa (ii) pataje enfòmasyon sou sante w ak moun oswa antite ou idantifye sou fòmilè sa a.
- Ou pa oblije bay pèmasyon pou yo itilize oswa pataje enfòmasyon sou sante w yo. Sèvis ak avantaj ou yo ak Delaware First Health p ap chanje si w pa soumèt fòmilè sa a.
- Si ou vle anile fòmilè otorizasyon sa a, voye yon demann alekri ban nou nan adrès ki anba paj sa a pou nou anile li. Ou ka rele Sèvis Manm yo nan nimewo telefòn ki sou do kat idantite manm ou a pou w jwenn yon fòmilè anilasyon.
- Delaware First Health pa ka bay garanti, moun oswa gwoup moun w ap otorize pou nou pataje enfòmasyon avè l la pa pral pataje ak yon lòt.
- Kenbe yon kopi tout fòmilè ou te ranpli voye yo ban nou yo. Nou ka voye kèk kopi ba ou si ou bezwen.
- Si w bezwen èd, kontakte Sèvis Manm yo nan nimewo telefòn ki sou do kat idantite manm ou a.
- Ranpli tout enfòmasyon ki sou fòmilè sa a. Lè w fini, voye fòmilè sa a atravè lapòs epi nenpòt dokiman sipò nan

**Delaware First Health**  
**ATTN: Compliance/Privacy Department**  
**750 Prides Crossing, Suite 200**  
**Newark, DE 19713**

**DelawareFirstHealth.com**

**TANPRI LI ENSTRIKSYON YO AK ATANSYON EPI RANPLI FÒMILÈ KI PI BA A. NOU PAP AKSEPTE FÒMILÈ KI PA FIN RANPLI.**

**1 ENFÒMASYON SOU MANM YO**

Non Manm nan (*ekri non an ak lèt detache*): \_\_\_\_\_

Dat Nesans Manm nan: \_\_\_\_\_ Nimewo Idantifikasyon Manm nan: \_\_\_\_\_

**2 MWEN BAY DELAWARE FIRST HEALTH OTORIZASYON POU UTILIZE ENFÒMASYON SOU SANTE M, NAN OBJEKTIF POU IDANTIFYE OSWA PATAJE ENFÒMASYON SOU SANTE M AK MOUN OSWA GWROUP KI GEN NON YO ANBA A. OBJEKTIF OTORIZASYON AN SE (*tcheke youn nan opsyon yo ki anba*):**

- bay Delaware First Health otorizasyon pou ede m ak avantaj epi sèvis mwen yo, **OSWA**
- pou pèmèt Delaware First Health itilize oswa pataje enfòmasyon sou sante m pou \_\_\_\_\_.

**3 MOUN OSWA GWROUP LA KA RESEVWA ENFÒMASYON AN (*ajoute plis moun oswa gwoup nan pwochen paj la*):**

Non (yon moun oswa gwoup): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

**4 MWEN OTORIZE DELAWARE FIRST HEALTH POU UTILIZE OSWA PATAJE ENFÒMASYON SOU SANTE SA A (NÒT: Seleksyone premye deklarasyon pou divilge TOUT enfòmasyon sante oswa seleksyone deklarasyon anba a pou divilge sèlman KÈK enfòmasyon sante. **Ou PA KA chwazi toulede.**)**

- Tout enfòmasyon sante m yo SAN WETE:** Enfòmasyon jenetik, sèvis oswa rezilta tès; dosye ak done sou VIH/SIDA; done ak dosye sou sante mantal (men pa nòt sikoterapi); done ak dosye konsènan medikaman sou òdonans; epi done ak dosye konsènan itilizasyon alkòl ak dwòg (tanpri espesifye tout enfòmasyon sou twoub konsènan itilizasyon sibstans ki ka divilge); \_\_\_\_\_

**OSWA**

- Tout enfòmasyon sou sante mwen, EKSEPTE:** (*tcheke sèlman kare ki kòrèk yo anba*):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfòmasyon Jenetik, sèvis oswa tès                     | <input type="checkbox"/> Done ak dosye sou dwòg ak Alkòl              |
| <input type="checkbox"/> Done ak dosye SIDA oswa VIH                            | <input type="checkbox"/> Done ak dosye konsènan medikaman sou òdonans |
| <input type="checkbox"/> Done ak dosye sou sante mantal (men pa nòt sikoterapi) | <input type="checkbox"/> Lòt: _____                                   |

**5 OTORIZASYON SA A FINI NAN DAT/EVÈNMAN SA A: \_\_\_\_\_ Dat finisman otorizasyon sa a, sof si yo anile l. Si w kite chan sa lib, otorizasyon an ap ekspire yon ane aprè dat siyati a ki anba.**

**6 SIYATI MANM NAN OSWA REPREZANTAN LEGAL LA: \_\_\_\_\_**

DAT: \_\_\_\_\_

SI SE YON REPREZANTAN LEGAL - Kisa li ye pou manm nan: \_\_\_\_\_

*Si ou se manm legal oswa reprezantan pèsònèl, ou dwe voye ba nou kopi fòmilè ki enpòtan yo, ki montre, ou gen dwa oswa lòd pou se reprezantan legal la.*

**VOYE FÒMILÈ OTORIZASYON KI RANPLI A AK TOUT DOKIMAN SIPÒ YO ATRAVÈ LAPÒS NAN ADRÈS Delaware First Health, ATTN: COMPLIANCE/PRIVACY DEPARTMENT 750 Prides Crossing, Suite 200, Newark, DE 19713**

**LÒT MOUN (YO) OSWA GWOUP (YO) POU RESEVWA ENFÒMASYON:**

NÒT: Si w bay konsantman w pou divilge yon seri dosye twouble sou itilizasyon sibstans pou yon destinatè ki pa ni yon lòt sous finansman, ni yon founisè swen sante, etablisman oswa pwogram kote ou resevwa sèvis yon founisè swen, tankou yon echanj asirans maladi oswa yon enstitisyon rechèch (pa egzanp, antite k ap resevwa a), ou dwe espesifye non moun oswa antite kote w ap resevwa sèvis yon founisè swen nan men antite destinatè sa a, oswa jis endike, dosye ou yo konsènan twoub sou itilizasyon sibstans ki ka divilge bay founisè swen aktyèl epi fiti ou yo bay antite destinatè sa a.

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

Non (moun oswa antite): \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Kòd postal: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_