

## ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰਾ

Partnership HealthPlan of California ਤੁਹਾਡੀ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (Protected Health Information, PHI) ਨੂੰ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗਤੀ, ਗੁਣਵੱਤਾ, ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਲਾਗਤ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਤੁਹਾਡੇ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੇ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰਾ (Health Information Exchange, HIE) ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ PHI ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਨੋਟਸ, ਲੈਬ ਟੈਸਟ, ਐਕਸ-ਰੇ, ਤਜਵੀਜ਼ਾਂ, ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ PHI ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ। ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ Partnership ਨੂੰ ਡਾਕ, ਫੈਕਸ, ਜਾਂ ਖੁਦ ਆ ਕੇ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

**ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਫਾਰਮ ਨਹੀਂ ਭਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ Partnership ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਕੁਝ PHI ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੁੰਦੇ ਹੋ।** ਤੁਸੀਂ ਹਮੇਸ਼ਾ ਬਾਅਦ ਦੀ ਮਿਤੀ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ PHI ਸਾਂਝੀ ਨਾ ਕਰਨ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ Partnership ਦੁਆਰਾ ਕੋਈ ਨਵਾਂ ਡਾਟਾ ਸਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇ ਡਾਟਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

**ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ PHI** ਤੁਹਾਡੀ ਲਿਖਤੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ PHI ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ
- ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਵਿਕਾਰ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ
- ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਲਾਗਾਂ
- ਜਿਨਸੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ
- ਜਨਮ ਨਿਯੰਤਰਣ/ਗਰਭ ਨਿਰੋਧ
- ਗਰਭਪਾਤ ਜਾਂ ਗਰਭਪਾਤ-ਸਬੰਧਤ ਇਲਾਜ
- ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ
- HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ
- ਲਿੰਗ-ਪੁਸ਼ਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਇਲਾਜ
- ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸਾਥੀ ਦੀ ਹਿੰਸਾ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ

**ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਪਣੀ PHI ਸਾਂਝੀ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਗਲੇ ਪੰਨੇ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।** ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਕੇ Partnership ਨੂੰ ਡਾਕ, ਫੈਕਸ, ਜਾਂ ਖੁਦ ਆ ਕੇ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

**ਇਹ ਨੋਟਿਸ ਤੁਹਾਡੇ Partnership ਲਾਭਾਂ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਬਦਲਦਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਤੋਂ ਨਹੀਂ ਰੋਕਦਾ।**

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ, ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ (800) 863-4155 'ਤੇ, ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY ਵਰਤੋਂਕਾਰ California ਰਿਲੇਅ ਸੇਵਾ ਨੂੰ (800) 735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਵਧੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਸਾਡੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ [PartnershipHP.org](http://PartnershipHP.org) 'ਤੇ ਜਾਓ।

# ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰਾ ਮੈਂਬਰ ਫਾਰਮ

**ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ (PHI)** ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਨੋਟਸ, ਲੈਬ ਟੈਸਟ, ਐਕਸ-ਰੇ, ਨੁਸਖੇ, ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਪਿਛਲੀ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਕਲਪਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੁਣੋ:

ਮੈਂ ਆਪਣੀ PHI ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ।

ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ PHI ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਜਾਂ ਵਿਵਹਾਰਕ ਸਿਹਤ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ, ਪਦਾਰਥ ਵਰਤੋਂ ਵਿਕਾਰ ਦਾ ਨਿਦਾਨ ਜਾਂ ਇਲਾਜ, ਜਿਨਸੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਚਾਰਿਤ ਲਾਗਾਂ, ਜਨਮ ਨਿਯੰਤਰਣ/ਗਰਭ ਨਿਰੋਧ, ਜਿਨਸੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ, ਗਰਭਪਾਤ ਜਾਂ ਗਰਭਪਾਤ-ਸਬੰਧਤ ਇਲਾਜ, ਜੈਨੇਟਿਕ ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, HIV ਟੈਸਟ ਦੇ ਨਤੀਜੇ, ਲਿੰਗ-ਪੁਸ਼ਟੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਅਤੇ ਨੇੜਲੇ ਸਾਥੀ ਦੀ ਹਿੰਸਾ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਪਣੀ PHI Partnership ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ **ਸਹਿਮਤ** ਹਾਂ ਅਤੇ Partnership ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ PHI ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਮੇਰੀ ਪਿਛਲੀ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੁਣ ਮੇਰੇ ਸਾਰੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਭਾਈਵਾਲਾਂ, ਅਤੇ Partnership ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਮੈਂ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਆਪਣੀ PHI ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦੇ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ।

ਮੈਂਬਰ ਦਾ ਨਾਮ:	ਜਨਮ ਮਿਤੀ:
ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ:	
ਮੈਂਬਰ ਦੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਕੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ?	
<input type="checkbox"/> ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ <input type="checkbox"/> ਸਰਪ੍ਰਸਤ <input type="checkbox"/> ਅਧਿਕਾਰ ਪੱਤਰ (Power of attorney) <input type="checkbox"/> ਕਾਰਜਕਰਤਾ/ਦੇਖਭਾਲਕਰਤਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ	
ਦਸਤਖਤ:	
ਮੈਂਬਰ ID:	
ਮਿਤੀ:	

ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534

ਤੁਸੀਂ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ (707) 863-4415 'ਤੇ ਫੈਕਸ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।