



Yêu cầu trao đổi liên lạc bảo mật về thông tin sức khỏe được bảo vệ

Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu Blue Shield of California trao đổi thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị (“PHI”) đến địa chỉ nhận thư, địa chỉ email hoặc số điện thoại bảo mật. Nếu quý vị chọn không sử dụng biểu mẫu này, vui lòng gửi tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này bằng văn bản đến Blue Shield tại địa chỉ nhận thư, địa chỉ email hoặc số fax ở cuối biểu mẫu.

Yêu cầu của quý vị sẽ chỉ áp dụng cho thông tin PHI do Blue Shield of California và các đối tác kinh doanh của họ trao đổi. Yêu cầu của quý vị có thể bị từ chối nếu không thể đáp ứng một cách hợp lý yêu cầu này. Nếu yêu cầu của quý vị được chấp nhận và sau đó quý vị thay đổi địa chỉ hoặc nếu số định danh người đăng ký của quý vị thay đổi, quý vị phải gửi lại yêu cầu mới về trao đổi liên lạc bảo mật bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Blue Shield of California. Quý vị có thể thu hồi yêu cầu trao đổi liên lạc bảo mật bằng cách gửi yêu cầu bằng văn bản đến Blue Shield of California theo địa chỉ nhận thư, địa chỉ email hoặc số fax ở cuối biểu mẫu.

1. Người yêu cầu trao đổi liên lạc bảo mật về thông tin PHI:

Tên:

Số ID người đăng ký:

Số điện thoại:

Ngày sinh:

Địa chỉ email:

2. Tôi yêu cầu Blue Shield of California trao đổi thông tin PHI của tôi cho tôi thông qua những cách sau:

Địa chỉ nhận thư bảo mật:

Số điện thoại bảo mật:

Địa chỉ email bảo mật:

3. Chữ ký của cá nhân, cha mẹ của trẻ vị thành niên hoặc người đại diện cá nhân:

Chữ ký

Ngày

Tên viết in hoa:

Người đại diện hoặc người giám hộ hợp pháp

Nếu một người không phải là cá nhân hoặc cha mẹ của trẻ vị thành niên đã ký biểu mẫu này, chẳng hạn như người đại diện cá nhân/hợp pháp hoặc người giám hộ, quý vị cũng phải gửi tài liệu chứng minh thẩm quyền pháp lý của mình để hành động thay mặt cho cá nhân đó liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe/thông tin PHI của họ. Các tài liệu đó có thể bao gồm:

1. Sự cho phép của HIPAA;
2. Ủy quyền chăm sóc sức khỏe;
3. Giấy tờ về quyền giám hộ; hoặc
4. Tài liệu hợp lệ khác xác lập thẩm quyền pháp lý của quý vị để hành động thay mặt cho cá nhân.

Tên người đại diện (viết in):

Mối quan hệ với hội viên:

Loại tài liệu được gửi:

Chữ ký của người đại diện:

Quý vị có thể gửi lại biểu mẫu đã điền thông tin và ký tên này thông qua một trong các lựa chọn sau:

Gửi thư đến: Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

Email: privacy@blueshieldca.com

Fax: (800) 201-9020

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。