

از این فرم برای اجازه دادن به Blue Shield of California، Blue Shield of California Life & Health Insurance Company، و شرکای تجاری آنها (مجموعاً "Blue Shield") استفاده کنید تا اطلاعات سلامتی شما را در اختیار شخص یا سازمان دیگری قرار دهند.

## 1. اطلاعات عضو

نام عضو:

نشانی عضو:

شماره شناسایی مشترک:

تاریخ تولد:

## 2. چه کسی می‌تواند اطلاعات من را دریافت کند؟

نام گیرنده:

نشانی گیرنده:

رابطه گیرنده با عضو:

## 3. هدف از تکمیل این فرم چیست؟ (یک مورد را علامت بزنید)

مجوز جدید (تا شماره 4 ادامه دهید)

لغو مجوز موجود (به شماره 7 بروید)

## 4. هدف از افشای اطلاعات چیست؟ (یک مورد را علامت بزنید)

به درخواست من-بدون هدف خاصی

هدف خاص:

## 5. چه اطلاعاتی ممکن است در اختیار گیرنده قرار بگیرد؟ (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید)

توضیح مزایا

اطلاعات مطالبه‌ها

اطلاعات صورت حساب مربوط به حق بیمه

سامان‌بخشی بیمار

هرگونه یا همه اطلاعاتی که Blue Shield نگه می‌دارد. ممکن است شامل اطلاعات مربوط به مراقبت‌های پزشکی، تشخیص،

ارائه‌دهندگان، مطالبه‌ها/پرداخت‌های بیمه یا مزایا و/یا اطلاعات مالی/صورت حساب باشد. شامل اطلاعات حساس نمی‌شود، مگر اینکه به‌طور خاص در پایین تأیید شود.

سایر (مشخص کنید، از جمله محدوده تاریخ خاص در صورت وجود):

6. آیا گیرنده مجاز به دریافت اطلاعات حساس است؟ (یک مورد را علامت بزنید)

خیر

بله (تمام مواردی را که صدق می‌کنند علامت بزنید)

بیماری عفونی و مسری

مراقبت تصدیق‌گرانه جنیست

اطلاعات ژنتیکی

HIV/AIDS

بهداشت روانی یا رفتاری

بهداشت جنسی و باروری - سایر موارد

بهداشت جنسی و باروری - سقط جنین

بهداشت جنسی و باروری - سقط جنین - خدمات مرتبط

بهداشت جنسی و باروری - پیشگیری از بارداری

آزار جنسی، جسمی یا روانی، از جمله خشونت شریک جنسی

عفونت‌های مقاربتی

اختلال سوءمصرف مواد (الکل/مواد مخدر)

7. انقضا و ابطال

مایلم اعتبار این مجوز در تاریخ \_\_\_\_\_ پایان یابد. (انقضا: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

اگر تاریخی انتخاب نشده باشد، مجوز یک سال پس از تاریخ امضای زیر منقضی می‌شود. شما حق دارید این مجوز را در هر زمانی از طریق اطلاع کتبی به Blue Shield لغو کنید. لغو این مجوز هیچ تأثیری بر اطلاعاتی که قبل از دریافت درخواست لغو از سوی شما فاش می‌کنیم نخواهد داشت. اگر این مجوز توسط والدین یا قیم قانونی به نمایندگی از فردی زیر سن قانونی داده شود، در هجدهمین سالگرد تولد آن فرد منقضی می‌شود.

8. امضای عضو یا نماینده قانونی

من این فرم را خوانده و شرایط آن را درک کرده‌ام و با آنها موافقم. من Blue Shield of California را ملزم می‌کنم اطلاعات را طبق دستورالعمل بالا برای گیرنده ذکر شده افشا کند. من می‌دانم وقتی اطلاعات من فاش شد، گیرنده می‌تواند مجدداً آن را افشا کند و ممکن است دیگر توسط قوانین حفظ حریم خصوصی، از جمله Health Insurance Portability and Accountability Act (قانون انتقال و پاسخ‌گویی بیمه سلامت فدرال) مصوب سال 1996، محافظت نشود. می‌دانم که Blue Shield نمی‌تواند پرداخت، ثبت‌نام در یک طرح سلامت یا واجد شرایط بودن برای مزایا را مشروط به امضای این مجوز کند.

امضا

تاریخ

نام با حروف بزرگ

اگر نماینده قانونی این فرم را امضا کرده است، لطفاً نام نماینده و رابطه او را با عضو (والدین، سرپرستی یا حکم دادگاه، وکالت‌نامه مراقبت‌های بهداشتی و غیره) ارائه دهید:

اگر این فرم توسط شخصی غیر از عضو یا والدین فرد زیر سن قانونی، مانند نماینده شخصی/قانونی، سرپرست یا قیم امضا شده باشد، باید اسنادی قانونی را نیز ارائه دهید که نشان‌دهنده اختیار شما برای اقدام به نمایندگی از عضو (یا دارایی عضو) برای انتشار اطلاعات مربوط به سلامت باشد. چنین اسنادی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

1. وکالت‌نامه مراقبت‌های بهداشتی

2. اسناد و مدارک فعلی و معتبر سرپرستی به دستور دادگاه؛ یا

3. سایر اسناد قانونی معتبر که نشان‌دهنده صلاحیت شما برای اقدام به نمایندگی از عضو (یا دارایی عضو) است

---

یک کپی از فرم مجوز را برای سوابق خود نگه دارید.  
فرم مجوز تکمیل و امضا شده را به این نشانی بازگردانید:

Blue Shield of California Customer Service  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

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。

این شرکت از قوانین حقوق مدنی فدرال و قوانین ایالتی حاکم تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، خاستگاه ملی، قومیت، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، تبار، مذهب، جنس، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی، گرایش جنسی، سن، معلولیت روانی یا جسمی تبعیض قائل نمی‌شود، افراد را مستثنی نمی‌کند یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.