

Разрешение на раскрытие медицинской информации

Используйте эту форму, чтобы уполномочить Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company и их деловых партнеров (совместно именуемые «Blue Shield») раскрыть вашу медицинскую информацию другому лицу или организации.

1. Информация об участнике

Имя участника: _____

Адрес участника: _____

Идентификационный номер подписчика: _____

Дата рождения: _____

2. Кто может получать информацию?

Имя получателя: _____

Адрес получателя: _____

Отношение получателя к участнику: _____

3. Какова цель заполнения этой формы? (Отметьте один вариант)

Новое разрешение (перейти к пункту 4)

Отмена существующего разрешения (перейти к пункту 7)

4. Какова цель раскрытия информации? (Отметьте один вариант)

По моей просьбе - без конкретной цели

Конкретная цель: _____

5. Какая информация может быть передана получателю? (Отметьте все, что применимо)

Объяснение преимуществ

Информация о претензиях

Первичная платежная информация

Управление кейсами

Любая или вся информация, которую хранит Blue Shield. Это может включать информацию о вашем медицинском обслуживании, диагнозе, заявке на льготы или страхование, платежи и/или финансовую/платежную информацию. Это не включает конфиденциальную информацию, если это специально не одобрено ниже.

Другое (Укажите, включая конкретный диапазон дат, если применимо): _____

**6. Имеет ли получатель разрешение на получение конфиденциальной информации?
(Отметьте один вариант)**

Нет

Да (Отметьте все, что применимо)

Заразные и инфекционные заболевания

Уход с учетом гендерной принадлежности

Генетическая информация

ВИЧ/СПИД

Психическое или поведенческое здоровье

Сексуальное и репродуктивное здоровье - Другое

Сексуальное и репродуктивное здоровье - Аборт

Сексуальное и репродуктивное здоровье - Аборт - связанные услуги

Сексуальное и репродуктивное здоровье - Контрацепция

Сексуальное, физическое или психологическое насилие, в том числе насилие со стороны интимного партнера

Инфекции, передающиеся половым путем

Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (алкоголь/наркотики)

7. Срок действия и отзыв

Я хочу, чтобы это разрешение прекратило действовать _____. (например: ___/___/___)

Если дата не выбрана, срок действия разрешения истекает через год с даты подписания ниже. Вы имеете право отозвать это разрешение в любое время, уведомив об этом Blue Shield в письменной форме. Отзыв этого разрешения не повлияет на информацию, которую мы раскроем до того, как получим от вас запрос на отзыв. Если это разрешение дается родителем или законным опекуном от имени несовершеннолетнего, срок его действия истекает по достижении восемнадцатилетия несовершеннолетнего.

8. Подпись участника или законного представителя

Я прочитал(-а) эту форму, понимаю и согласен(-на) с ее условиями. Я поручаю Blue Shield of California раскрыть информацию указанному получателю, как указано выше. Я понимаю, что как только моя информация будет раскрыта, она может быть повторно раскрыта получателем и больше не может быть защищена законами о конфиденциальности, включая Health Insurance Portability and Accountability Act (федеральный Закон об ответственности и переносе данных о страховании здоровья) граждан США от 1996 года. Я понимаю, что Blue Shield не может обуславливать оплату, регистрацию в плане медицинского обслуживания или право на льготы тем, подпишу ли я это разрешение.

Подпись

Дата

Имя печатными буквами

Если законный представитель подписал эту форму, пожалуйста, укажите имя представителя и отношение к участнику (родитель, опекунов по решению суда, доверенность на медицинское обслуживание и т. д.):

Если эта форма подписана кем-то, кроме участника или родителя несовершеннолетнего, например, личным/законным представителем, опекуном или душеприказчиком, **вы также должны предоставить юридические документы**, подтверждающие ваши полномочия действовать от имени Участника (или имущества Участника) для раскрытия медицинской информации. Такая документация может включать, например:

1. Доверенность на медицинское обслуживание
2. Актуальные, действительные документы об установлении опекуна в судебном порядке; или же
3. Другую действующую юридическую документацию, подтверждающую ваши полномочия действовать от имени Участника (или имущества Участника)

Сохраните копию формы разрешения для своих записей.

Верните заполненную и подписанную форму разрешения по адресу:

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。

Компания отвечает требованиям соответствующих законов штата и федеральных законов о гражданских правах и не допускает расовой дискриминации, дискриминации по цвету кожи, национальности, этнической группе, состоянию здоровья, генетическим данным, происхождению, вероисповеданию, полу, семейному положению, гендерному признаку, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возрасту или инвалидности.