



공개 내역 요청

Blue Shield of California가 공개한 귀하의 비공개 건강 정보('PHI')의 특정 내역을 요청하려면 이 양식을 사용하십시오. 최대 공개 대상 기간은 귀하의 요청일로부터 6년 전까지입니다. Blue Shield of California는 다음과 같은 PHI의 공개에 대해서는 설명할 의무가 없습니다.

- 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영 목적을 위한 공개
- 귀하, 귀하의 대리인에게 공개 또는 귀하의 승인에 따른 공개
- 귀하의 의료 서비스 또는 의료 서비스 비용 지불과 관련된 사람에게 공개
- 국가 안보 또는 정보 목적을 위한 공개
- 특정 목적을 위해 법 집행 기관이나 교정 기관에 공개
- 부수적으로 귀하의 PHI에 대해 달리 허용되거나 요구된 사용 또는 공개

PHI에 대한 기밀 통신을 요청하는 개인:

이름: _____

가입자 ID 번호: _____

주소: _____

전화 번호: _____

생년월일: _____

본인은 다음 기간 동안 이루어진 공개 내역을 요청합니다.

기간 시작일(날짜를 지정하십시오): _____ 기간 종료일: _____

특정 유형의 공개 내역 또는 특정 개인이나 조직에 대한 공개 내역만 원하는 경우 아래에 자세히 설명하십시오.

본인, 미성년 자녀의 부모 또는 대리인의 서명:

서명

날짜

개인/법적 대리인 또는 후견인 등 개인 또는 미성년 자녀의 부모가 아닌 사람이 이 양식에 서명한 경우, 귀하는 유효한 HIPAA 승인, 의료 위임장 또는 후견인 서류 등 의료 서비스/PHI와 관련하여 해당 개인을 대리하여 행동할 수 있는 귀하의 권리를 증명하는 서류를 제출해야 합니다. 다음 정보도 제공해 주십시오.

대리인의 이름, 주소 및 이 요청 대상자와의 관계(정자체): _____

요청서를 작성하고 서명한 후 다음 주소로 보내주십시오.

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

H0504_13-KO_144D 07052013

S2468_13-KO_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A55568XLB-KO_0923