



# Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության օգտագործման կամ բացահայտման սահմանափակման հարցում

Օգտագործեք այս ձևաթուղթը՝ խնդրելու, որ Blue Shield of California-ի կողմից Ձեր պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության (protected health information, «PHI») օգտագործման կամ բացահայտման վրա սահմանափակում դրվի որոշակի թույլատրելի նպատակներով, ներառյալ, օրինակ բուժում իրականացնելը, վճարումը, առողջապահական խնամքի գործողությունները կամ Ձեր PHI-ի բացահայտումը ընտանիքի անդամներին կամ Ձեր խնամքի մեջ ներգրավված այլ անձանց: **Blue Shield of California-ից չի պահանջվում բավարարել սահմանափակման Ձեր հարցումը:**

Մենք գրավոր կերպով կտեղեկացնենք Ձեզ հարցման բավարարման կամ մերժման վերաբերյալ: Նույնիսկ եթե Ձեր հարցումը բավարարվի, մենք դեռ կարող ենք արտակարգ իրավիճակների դեպքում օգտագործել կամ բացահայտել սահմանափակ տեղեկությունները: Եթե սահմանափակ տեղեկությունները բացահայտվեն արտակարգ իրավիճակի Ձեր բուժման նպատակով, մենք կխնդրենք, որ ստացողը հետագայում չօգտագործի կամ չբացահայտի դրանք:

## Սահմանափակում խնդրող անհատ.

Անուն՝ \_\_\_\_\_  
Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ \_\_\_\_\_  
Հասցեն՝ \_\_\_\_\_  
Հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_  
Ծննդյան ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

## Ո՞ր PHI-ն էք ցանկանում սահմանափակել:

Ինչպիսի՞ սահմանափակում(ներ) էք ցանկանում կիրառել Blue Shield of California-ի կողմից վերոնշյալ PHI-ի օգտագործման կամ բացահայտման նկատմամբ:

## Անհատի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը՝

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
<p>Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրված է մեկ այլ անձի, այլ ոչ թե անհատի կամ անչափահաս երեխայի ծնողի կողմից, օրինակ անձնական/օրինական ներկայացուցիչ կամ խնամակալ, ապա Դուք պետք է <b>ներկայացնեք փաստաթղթեր</b>, որոնք ցույց են տալիս Ձեր լիազորումը գործելու անհատի անունից կամ նրա փոխարեն կապված նրա առողջական խնամքի/PHI-ի հետ: Նման փաստաթուղթ կարող է հանդիսանալ վավեր HIPAA լիազորումը, առողջապահական լիազորագիրը կամ խնամակալության թղթերը: <b>Խնդրում ենք տրամադրել նաև հետևյալ տեղեկությունները.</b></p> <p>Ներկայացուցչի անունը, հասցեն և կապը այն անհատի հետ, ում համար ներկայացվում է տվյալ հարցումը (տպագիր)</p>	

*Նշում. Եթե այս հարցումն արվում է անչափահաս երեխայի անունից, ապա ավելի վաղ դադարեցման բացակայության դեպքում, այն կսպառվի, երբ լրանա երեխայի տասներե տարեկանը: Անչափահաս երեխայի անունից ներկայացված սահմանափակման հարցումների նկատմամբ կարող են կիրառվել այլ պայմաններ և սահմանափակումներ:*

**Հետ ուղարկեք լրացված և ստորագրված հարցումը** Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540