

طلب تقييد استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية

استخدم هذا النموذج لطلب فرض قيود على استخدام Blue Shield of California لمعلوماتك الصحية المحمية ("PHI") أو الإفصاح عنها لأغراض معينة مسموح بها، بما في ذلك، على سبيل المثال، إجراء العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية لأفراد الأسرة أو غيرهم من المشاركين في رعايتك. إن **Blue Shield of California** غير ملزمة بالموافقة على طلبك الخاص بالتقييد. سنخاطبك كتابيًا بشأن ما إذا كان طلبك قد تم قبوله أو رفضه. حتى إذا تمت الموافقة على طلبك، لا يزال بإمكاننا استخدام المعلومات المقيدة أو الإفصاح عنها في حالة الطوارئ. إذا تم الإفصاح عن معلومات مقيدة لعلاجك في حالات الطوارئ، فسنطلب من المتلقي عدم استخدامها أو الإفصاح عنها مرة أخرى.

الفرد الذي يطلب التقييد:

الاسم:

رقم معرف عضوية المشترك:

العنوان:

رقم الهاتف:

تاريخ الميلاد:

ما هي PHI التي ترغب في تقييدها؟

ما هو القيد (القيود) المطلوب تطبيقه على استخدام Blue Shield of California لمعلومات PHI الموضحة أعلاه أو الإفصاح عنها؟

توقيع الفرد أو الممثل الشخصي:

التاريخ

التوقيع

إذا وُقع شخص بخلاف الفرد أو ولي أمر الطفل القاصر على هذا النموذج، مثل الممثل الشخصي/القانوني، أو الوصي، يجب عليك أيضًا تقديم المستندات التي تُظهر حقك في التصرف لصالح أو نيابةً عن الفرد مع مراعاة رعايته الصحية/PHI، مثل تصريح HIPAA صالح، أو توكيل رسمي بالرعاية الصحية، أو أوراق الوصاية. يرجى أيضًا تقديم المعلومات التالية:
اسم الممثل وعنوانه وعلاقته بالفرد الذي يتم تقديم هذا الطلب من أجله (بأحرف واضحة):

ملحوظة: إذا تم تقديم هذا الطلب نيابةً عن طفل قاصر، فإن التقييد، إذا لم يتم إنهاؤه مبكرًا، فسينتهي بمجرد بلوغ الطفل سن الثامنة عشر. قد تُطبق شروط وقيود أخرى على طلبات التقييد المقدمة نيابةً عن طفل قاصر.