



請求對受保護的健康資訊之使用或披露作出限制

針對由Blue Shield of California出於某些允許的目的（包括例如進行治療、付款或醫療保健運作，或向家庭成員或涉及您護理的其他人披露您的PHI而使用或披露您的受保護的健康資訊(PHI)，請使用此表格請求作出限制。**Blue Shield of California無需同意您的限制請求。**我們會以書面通知，您的請求是被批准或拒絕。即使您的請求獲得批准，我們仍可能在緊急情況下使用或披露被限制的資訊。如果為了您的緊急治療而披露了被限制的資訊，我們會要求對方停止進一步使用或披露該資訊。

請求限制的個人：

姓名：

投保人識別號碼：

地址：

電話號碼

出生日期：

您希望限制哪些PHI？

您希望在Blue Shield of California使用或披露上述PHI時應用什麼限制？

個人或個人代表人簽名：

簽名

日期

如果此表格是由個人或未成年子女的父母以外的其他人簽署，例如個人/法定代表或監護人，您必須**提交文件**，證明您有權代表此位人士就其醫療保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授權、醫療保健委託授權書或監護權文件。**另請提供以下資訊：**

代表人的姓名、地址以及與提出此請求的人士的關係（正楷書寫）：

附註：如果此請求是代表未成年子女提出，則該限制將在子女十八歲生日時（如未在早於此時之前終止）自動失效。其他條件和限制可能適用於代表未成年子女提交的限制請求。

請將填妥並簽名的請求寄回至：Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-CT_144A 07052013

S2468_13-CT_144A 07052013

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

A55570XLB-CT_0923