

درخواست محدودیت در استفاده یا افشای اطلاعات درمانی محافظت شده

شما می‌توانید از این فرم برای درخواست اعمال محدودیت در استفاده یا افشای اطلاعات درمانی محافظت شده خود («PHI») توسط Blue Shield of California برای اهداف خاص و مجاز، از جمله، برای مثال، انجام درمان، پرداخت‌ها، یا امور مراقبت‌های درمانی، یا افشای PHI خود برای اعضای خانواده یا سایر افرادی که در درمان شما نقش دارند، استفاده کنید. **Blue Shield of California ملزم نیست حتماً یا درخواست شما برای اعمال محدودیت، موافقت کند.** ما به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد که آیا درخواست شما پذیرفته یا رد شده است. حتی اگر درخواست شما پذیرفته شود، ما همچنان می‌توانیم از اطلاعات محدود شده در مواقع اضطراری استفاده یا آن را افشا کنیم. اگر اطلاعات محدود شده برای درمان اورژانسی شما فاش شود، از گیرنده درخواست خواهیم کرد که بیشتر از نیاز از آن استفاده نکند یا آن را افشا نکند.

شخص درخواست‌کننده محدودیت:

نام:

شماره اشتراک:

نشانی:

شماره تلفن:

تاریخ تولد:

کدام اطلاعات PHI را می‌خواهید محدود کنید؟

می‌خواهید چه محدودیت(هایی) را برای Blue Shield of California در استفاده یا افشای اطلاعات PHI که در بالا ذکر کرده‌اید، اعمال شود؟

امضای فرد یا نماینده شخصی:

تاریخ

امضاء

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از خود شخص یا اولیای کودک صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی یا قیم امضاء شود، باید مدرکی که حق شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های درمانی/PHI آنها نشان می‌دهد مانند مجوز معتبر HIPAA، وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی، یا اسناد سرپرستی را **تسلیم نمایید. همچنین لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید:**

نام، آدرس، و نسبت نماینده با فردی که این درخواست برای او ارسال شده است (با حروف خوانا):

توجه: اگر این درخواست به نمایندگی از طرف یک کودک خردسال (صغیر) ارسال شده است، این محدودیت، اگر زودتر خاتمه نیابد، در هجدهمین سالگرد تولد کودک منقضی خواهد شد. شرایط و محدودیت‌های دیگری نیز ممکن است برای درخواست‌های محدودیتی که از طرف یک کودک خردسال ارسال می‌شود، اعمال گردد.

درخواست تکمیل شده و امضاء شده را به این نشانی ارسال نمایید:

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

H0504_13-FA_144A 07052013

S2468_13-FA_144A 07052013