



비공개 건강 정보의 사용 또는 공개 제한 요청

예를 들어 치료, 지불 또는 의료 서비스 운영을 수행하거나 귀하의 치료에 관련된 가족이나 다른 사람에게 귀하의 PHI를 공개하는 등, 허용 가능한 특정 목적을 위해 Blue Shield of California가 귀하의 비공개 건강 정보("PHI")를 사용 또는 공개하는 것을 제한하도록 요청하려면 이 양식을 사용하십시오. **Blue Shield of California는 귀하의 제한 요청에 동의해야 할 의무가 없습니다.** 귀하의 요청이 승인되었는지 또는 거부되었는지 여부를 서면으로 알려드릴 것입니다. 귀하의 요청이 승인되더라도 응급 상황에서는 제한된 해당 정보를 계속 사용하거나 공개할 수 있습니다. 귀하의 응급 치료를 위해 제한된 정보가 공개되는 경우, 당사는 정보 수신인에게 해당 정보를 그 이상으로 사용하거나 공개하지 않도록 요청할 것입니다.

제한을 요청하는 개인:

이름:

가입자 ID 번호:

주소:

전화 번호:

생년월일:

어떤 PHI를 제한하고 싶으십니까?

상기 설명된 Blue Shield of California의 PHI 사용 또는 공개에 대해 어떤 제한사항이 적용되기를 원하십니까?

본인 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):

참고: 이 요청이 미성년 자녀를 대신하여 이루어진 경우, 해당 제한은 더 빨리 종료되지 않는 한 자녀의 18번째 생일에 만료됩니다. 미성년자를 대신하여 제출된 제한 요청에는 다른 조건 및 제한 사항이 적용될 수 있습니다.

요청서를 작성하고 서명한 후 Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540으로 보내주십시오.