



Kahilingan para sa paghihigpit ng paggamit o paghahayag ng protektadong impormasyong pangkalusugan

Gamitin ang form na ito para hilingin na maglalagay ng paghihigpit ng paggamit o paghahayag ng Blue Shield of California ng inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) para sa mga partikular na layuning pinahihintulutan, kabilang ang, halimbawa, pagsasagawa ng paggagamot, pagbabayad, o mga operasyon ng pangangalagang pangkalusugan, o paghahayag ng inyong PHI sa mga miyembro ng pamilya o iba pang kasali sa inyong pangangalaga. Hindi kailangang sumang-ayon ang **Blue Shield of California sa inyong kahilingan para sa paghihigpit**. Aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat kung ang inyong kahilingan ay mapagbigyan o tinanggihan. Kahit na mapagbibigyan ang inyong kahilingan, maaari pa rin naming gamitin o ihayag ang pinaghihigpitang impormasyon sa kaso ng emergency. Kung ang pinaghihigpitang impormasyon ay inihayag para sa inyong emergency na paggagamot, aming hihilingin na hindi na ito gagamitin o ihahayag pa ng tatanggap.

Indibidwal na humihiling ng paghihigpit:

Pangalan:

ID number ng subscriber:

Address:

Numero ng telepono

Petsa ng kapanganakan:

Anong PHI ang nais ninyong paghihigpitan?

Anong (mga) paghihigpit ang nais ninyong ilapat sa paggamit o paghahayag ng Blue Shield of California ng PHI na inilarawan sa itaas?

Lagda ng indibidwal o personal na kinatawan:

Lagda

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa indibidwal o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan o tagapangalaga, **dapat kayong magsumite ng dokumentasyon** na nagpapakita ng inyong karapatang kumilos para sa o sa ngalan ng indibidwal na kaugnay ng kanilang pangangalagang pangkalusugan/PHI tulad ng valid na awtorisasyon ng HIPAA, power of attorney hinggil sa pangangalagang pangkalusugan, o mga papel ng pangangalaga. **Pakibigay din ng sumusunod na impormasyon:**

Pangalan, address, at relasyon ng kinatawan sa indibidwal kung para kanino ginawa ang kahilingang ito (naka-print):

Petsa:

Tandaan: Kung ang kahilingang ito ay ginawa sa ngalan ng isang menor de edad, ang paghihigpit, kung hindi tinapos sa lalong madaling panahon, ay mawawalan ng bisa pagsapit ng ikalabing-walong kaarawan ng bata. Maaaring ilapat ang iba pang kondisyon at limitasyon sa mga kahilingan sa paghihigpit na isinumite sa ngalan ng menor de edad.

Ibalik ang nakumpleto at nilagdaang kahilingan sa: Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540
H0504_13-TA_144A 07052013 S2468_13-TA_144A 07052013