



Yêu cầu hạn chế sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu áp dụng hạn chế đối với việc Blue Shield of California sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị ("PHI") cho một số mục đích được phép, bao gồm, chẳng hạn như thực hiện các hoạt động điều trị, thanh toán hoặc chăm sóc sức khỏe, hoặc tiết lộ thông tin PHI của quý vị cho các thành viên gia đình hoặc những người khác tham gia vào dịch vụ chăm sóc cho quý vị. **Blue Shield of California không bắt buộc phải đồng ý với yêu cầu hạn chế của quý vị.** Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản về việc chấp thuận hay từ chối yêu cầu của quý vị. Ngay cả khi chấp thuận yêu cầu của quý vị, chúng tôi vẫn có thể sử dụng hoặc tiết lộ thông tin bị hạn chế trong trường hợp cấp cứu. Nếu thông tin bị hạn chế được tiết lộ để điều trị cấp cứu cho quý vị, chúng tôi sẽ yêu cầu người nhận không tiếp tục sử dụng hoặc tiết lộ thông tin đó.

Người yêu cầu hạn chế:

Tên:

Số ID người đăng ký:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Ngày sinh:

Quý vị muốn hạn chế thông tin PHI nào?

Quý vị muốn áp dụng những hạn chế nào đối với việc Blue Shield of California sử dụng hoặc tiết lộ thông tin PHI được mô tả ở trên?

Chữ ký của cá nhân hoặc người đại diện cá nhân:

Chữ ký

Ngày

Nếu một người không phải là cá nhân hoặc cha mẹ của trẻ vị thành niên đã ký biểu mẫu này, chẳng hạn như người đại diện cá nhân/hợp pháp hoặc người giám hộ, quý vị phải **gửi tài liệu** thể hiện quyền hành động của quý vị đối với hoặc thay mặt cho cá nhân đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe/thông tin PHI của họ, chẳng hạn như sự cho phép về HIPAA hợp lệ, ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc giấy tờ về quyền giám hộ. **Vui lòng cung cấp thêm thông tin sau:**

Tên, địa chỉ và mối quan hệ của người đại diện với người mà yêu cầu này được đưa ra cho người đó (viết in hoa):

Lưu ý: Nếu yêu cầu này được thực hiện thay mặt cho trẻ vị thành niên, thì hạn chế này sẽ hết hạn vào ngày sinh nhật thứ mười tám của trẻ, nếu không được chấm dứt sớm hơn. Có thể áp dụng các điều kiện và giới hạn khác cho các yêu cầu hạn chế được gửi thay mặt cho trẻ vị thành niên.

Gửi lại yêu cầu đã điền thông tin và ký tên đến: Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-VI_144A 07052013

S2468_13-VI_144A 07052013

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

A55570XLB-VI_0923