

건강 정보 공개 허가

귀하의 건강 정보를 Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 및 협력사(“Blue Shield”로 통칭)가 타인 또는 기관에 공개하는 것을 허가하시려면 본 양식을 작성하십시오.

1. 가입자 정보

가입자 성명: _____

가입자 주소: _____

주 가입자 ID 번호: _____

생년월일: _____

2. 정보를 받을 사람은 누구입니까?

피지명인 이름: _____

피지명인의 주소: _____

피지명인과 가입자와의 관계: _____

3. 이 양식의 작성 목적은 무엇입니까? (하나에 표시)

- 신규 허가(4번으로 이동)
- 기존 허가 철회(7번으로 이동)

4. 정보 공개 목적은 무엇입니까? (하나에 표시)

- 나의 요청에 따라-특정 목적 없음
- 특정 목적: _____

5. 피지명인과 공유할 수 있는 정보는 무엇입니까? (해당하는 모든 곳에 표시)

- 혜택 설명
- 청구 내역 정보
- 보험료 청구 정보
- 케이스 관리
- Blue Shield Promise Health Plan가 유지관리하는 모든 정보. 여기에는 귀하의 의료적 케어, 진단, 의료진, 보험 및 혜택 청구/지급, 및/또는 금융/청구서 정보가 포함될 수 있습니다. 아래에서 특별히 승인하지 않는 한 민감 정보는 포함되지 않습니다.
- 기타(구체적으로 작성): _____

6. 피지명인이 민감 정보를 받아보도록 허가합니까? (하나에 표시)

- 아니요
- 예(해당하는 모든 곳에 표시)
 - 전염성 및 감염성 질병
 - 성 확정 케어
 - 유전 정보
 - HIV/에이즈(AIDS)
 - 정신 또는 행동 건강
 - 성 및 생식 건강
 - 성적, 신체적, 정신적 학대, 친밀한 관계에서의 폭력 포함
 - 성병
 - 물질 사용 장애(알코올/약물)

7. 만료 및 철회

에 본 허가를 종료하고 싶습니다 _____ . (예: ___ / ___ / ___)
 날짜를 선택하지 않는 경우, 허가는 아래 서명일로부터 1년 후 만료됩니다. 귀하는 Blue Shield Promise Health Plan에 서면으로 알림으로써 본 허가를 언제든지 철회할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 이 허가를 철회하는 것은 파기 요청을 받기 전에 당사가 공개한 정보에는 효력을 미치지 않습니다. 만약 본 허가를 미성년자를 대리하여 부모 또는 법정 보호자가 제공했을 경우, 해당 미성년자의 만 18세 생일에 효력이 만료됩니다.

8. 가입자 또는 법정 대리인의 서명

나는 본 양식을 읽고 이해하였으며 본 조건에 동의합니다. 나는 Blue Shield Promise Health Plan가 본 정보를 상단에 명시된 피지명인에게 공개하도록 허가합니다. 나는 내 정보가 일단 공개되면, 피지명인이 재공개할 수 있으며, 연방 1996년 Health Insurance Portability and Accountability Act(건강 보험 이동과 책임에 관한 법률)를 포함한 개인정보 보호법에 의한 보호를 더는 받게 될 수 없다는 것을 이해합니다. 나는 본 허가서에 서명했는지와 상관없이 Blue Shield Promise Health Plan가 혜택 자격 또는 건강 플랜 가입, 지급을 좌우하지 않을 것임을 이해합니다.

_____ 서명 _____ 날짜

_____ 정자체 이름

법정 대리인이 본 양식에 서명하는 경우, 대리인의 이름과 가입자와의 관계(부모, 법원 명령 후견인, 건강 관리 위임장 등)를 제공해주십시오:

만약 본 양식에 가입자 또는 미성년자의 부모 외에 다른 자, 예를 들어 개인/법정 대리인, 보호자, 또는 집행인 등이 서명했을 경우, 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 대리인을 지명하는 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 **법률 서류 또한 제출**해야 합니다. 이러한 서류에는 다음이 포함됩니다:

1. 건강 관리 위임장
2. 법원 명령 후견인의 현재 유효한 서류, 또는
3. 가입자(또는 가입자의 상황)를 대신하여 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 기타 유효한 법률 서류

본 허가서 사본을 기록을 위해 보존해주십시오.

이 허가서를 작성하고 서명하여 다음 주소로 보내주세요.

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

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律, 並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。

Blue Shield of California Promise Health Plan은 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애를 이유로 차별하지 않습니다.