

A. 使用本表格授權 Blue Shield of California Promise Health Plan 使用您的健康資訊或向其他人士或組織披露您的健康資訊。

1. 將被披露資訊的個人(「會員」)。

會員姓名及地址：

保戶 ID 號：

出生日期：

2. 誰獲得授權可接收會員資訊(「接收方」)?

接收方的名稱與地址：

接收方與會員的關係：

3. 可能向接收方披露哪些資訊?(勾選一項)

Blue Shield of California Promise Health Plan 保有的任何或所有資訊。該類資訊可能包含與會員的醫療護理、診斷、醫療護理提供者、保險或福利索賠/付款,及/或財務/帳單資訊有關的資訊。除在下方特別批准,該類資訊不包含敏感資訊。

僅限 Blue Shield of California Promise Health Plan 保有的以下資訊,或以下類型的資訊(請註明):

4. 接收方是否有接收敏感資訊的授權?

否——進入第 5 部分

是——完成以下 (a) 或 (b)——不可同時選擇兩個。本人特別授權接收方接收：

a.  心理療法筆記——如果您勾選了此方塊,則您不可再勾選以下 b. 部分的任何其他方塊。心理療法筆記的披露授權不可與任何其他類型的資訊的披露授權同時使用。進入第 5 部分。

b.  請**僅在**您未勾選上方的 4(a) 方塊,且您希望授權披露以下任何類型的敏感資訊 (勾選所有適用選項)的情況下填寫本部分:

<input type="checkbox"/> 流產	<input type="checkbox"/> 酒精/藥物濫用	<input type="checkbox"/> 基因資訊
<input type="checkbox"/> HIV/愛滋病	<input type="checkbox"/> 心理健康	<input type="checkbox"/> 妊娠
<input type="checkbox"/> 性、身體或精神虐待	<input type="checkbox"/> 性傳播疾病	

12 歲或 12 歲以上未成年的父母/法定監護人須知:在未獲得未成年親自書面授權的情況下,您可能無法獲得或授權與該名未成年相關的特定類型的敏感資訊的使用或披露。該類資訊包含以上列出的敏感資訊類型,以及有關傳染病、強姦/性侵犯以及特定門診心理健康諮詢/治療的資訊。如果未成年為 17 歲或 17 歲以上,與家庭暴力以及捐血相關的資訊的披露也需要由未成年授權。

### 5. 申請使用或披露資訊的目的是什麼?

- 資訊與本人相關,應在本人的要求下使用或披露
- 用以解決索賠爭議或上訴
- 其他(請註明):

### B. 失效及撤銷

除非在此處特別註明不同日期,本授權書將自您的簽署日期(見下方)起,在一年內保持效力:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

您有權隨時透過書面通知 Blue Shield of California Promise Health Plan 的方式撤銷本授權書。撤銷本授權書將不會影響我們在收到您的撤銷申請前,對您的資訊的使用或披露。如果本授權書是由父母一方或法定監護人代表未成年發出,則其將在未成年的 18 歲生日失效。

## C. 簽名

本人已閱讀該表格，本人理解並同意其條款。本人指示 Blue Shield of California Promise Health Plan 按以上指示，使用或向註明的接收方披露資訊。本人理解，本人的資訊一經披露，接收方可能再次披露本人的資訊，且該等資訊可能不再受隱私法的保護，包括 1996 年頒布的聯邦 Health Insurance Portability and Accountability Act (健康保險隱私及責任法案)。

本人理解，Blue Shield of California Promise Health Plan 不得以本人是否簽署本授權書作為健康計劃付款、投保或福利資格判定的條件。

---

簽名

日期

---

正楷姓名

## D. 個人或法定代表人或監護人

如果本表格的簽署方並非會員本人或未成年的父母，例如簽署方為個人/法定代表人、監護人或遺囑執行人，**則您還必須提交法律文件**，證明您有權代表會員(或會員遺產)授權使用或披露會員的健康資訊。該等文件可能包含以下示例：1) 持久醫療護理委託書；2) 經法院判定監護權的當前有效文件證明；或 3) 其他證明您可以代會員(或會員遺囑)行事的有效法律文件。

---

**請同時填寫完成以下各項：**

代表人的姓名(正楷書寫)：

與會員的關係：

提交的文件類型：

---

**請保留本授權書的副本，以作備份。**

---

請將填寫完整並經簽署的授權書表格寄回：

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。