



## 건강 정보 공개 허가

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 및 그 사업 제휴사(총칭 "Blue Shield")가 귀하의 건강 정보를 다른 사람이나 조직에 공개하는 데 승인하려면 이 양식을 사용하십시오.

### 1. 회원정보

회원 이름: \_\_\_\_\_

가입자 주소: \_\_\_\_\_

주 가입자 ID 번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

### 2. 정보를 받을 사람은 누구입니까?

수령인의 이름: \_\_\_\_\_

수령인의 주소: \_\_\_\_\_

수령인과 가입자와의 관계: \_\_\_\_\_

### 3. 이 양식을 작성하는 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

신규 승인(4번으로 이동)

기존 승인 철회(7번으로 이동)

### 4. 정보 공개 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

나의 요청에 따름 - 특정 목적 없음

특정 목적: \_\_\_\_\_

### 5. 수령인과 공유할 수 있는 정보는 무엇입니까? (해당하는 모든 곳에 표시하십시오)

혜택 설명

청구 내역 정보

보험료 청구 정보

사례 관리

Blue Shield가 관리하는 모든 정보. 여기에는 귀하의 의료적 치료, 진단, 의료진, 보험 또는 혜택 청구/ 지급, 및/또는 금융/청구서 정보가 포함될 수 있습니다. 아래에서 특별히 승인하지 않는 한 민감 정보는 포함되지 않습니다.

기타(구체적으로 작성하십시오): \_\_\_\_\_

6. 수령인이 민감 정보를 받아보도록 승인합니까? (하나를 선택하십시오)

아니요

예(해당하는 모든 곳에 표시하십시오)

- 전염성 및 감염성 질병
- 성 확정 치료
- 유전 정보
- HIV/에이즈
- 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

\_\_\_\_\_ (예: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)에 본 승인을 종료하고 싶습니다.

날짜를 선택하지 않는 경우, 허가는 아래 서명일로부터 1년 후 만료됩니다. 귀하는 Blue Shield에 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 18세 생일에 효력이 만료됩니다.

8. 가입자 또는 법정 대리인의 서명

나는 본 양식을 읽고 이해하였으며 본 조건에 동의합니다. 본인은 Blue Shield of California가 본 정보를 상단에 명시된 수령인에게 공개하도록 허가합니다. 본인은 본인의 정보가 일단 공개되면, 수령인이 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 Shield가 혜택 자격 또는 건강 플랜 가입, 지급을 좌우하지 않을 것임을 이해합니다.

**귀하를 보호하려면 캘리포니아법에 따라 이 양식에 다음 사항을 기재해야 합니다.** 보험 보장을 적용 또는 변경하거나 손해배상을 청구하기 위해 고의로 허위 또는 사기성 정보를 제공하는 사람은 범죄자에 해당하며 벌금이 부과되거나 주 교도소에 구금될 수 있습니다.

\_\_\_\_\_ 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 제출해야 합니다**. 이러한 서류에 포함되는 사항은 다음과 같습니다.

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 법적 문서

---

**귀하의 기록을 위해 승인 양식의 사본을 보관하십시오.**

작성하고 서명한 승인 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

Blue Shield of California Customer Service  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

회사는 해당 주법 및 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족 집단 식별, 질병, 유전 정보, 혈통, 종교, 신체적 성별, 결혼 여부, 사회적 성별, 성 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체 장애에 따라 사람을 차별하거나 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.