

مجوز انتشار اطلاعات درمانی

از این فرم برای اجازه دادن به Blue Shield کالیفرنیا، شرکت Blue Shield of California Life & Health Insurance Company و همکاران تجاری آن (مجموعاً "Blue Shield") برای استفاده یا واگذاری اطلاعات سلامت شما به سایر اشخاص یا سازمان‌ها استفاده کنید.

1. اطلاعات اعضا

نام عضو:

نشانی عضو:

شماره اشتراک:

تاریخ تولد:

2. چه کسی می‌تواند اطلاعات را دریافت کند؟

نام دریافت کننده:

آدرس دریافت کننده:

وابستگی دریافت کننده به عضو:

3. هدف از پر کردن این فرم چیست؟ (یک مورد را علامت بزنید)

دریافت مجوز جدید (به شماره 4 بروید)

لغو مجوز کنونی (به شماره 7 بروید)

4. هدف از واگذاری و افشای اطلاعات چیست؟ (یک مورد را علامت بزنید)

به درخواست خودم - هدف خاصی وجود ندارد

به دلیل هدفی خاص: _____

5. چه اطلاعاتی را می‌توان با دریافت کننده به اشتراک گذاشت؟ (همه موارد مربوط را علامت بزنید)

شرح مزایا

اطلاعات مطالبات

اطلاعات صورتحساب حق بیمه

مدیریت پرونده

هرگونه یا همه اطلاعاتی که Blue Shield نگهداری می‌کند. این موارد ممکن است شامل اطلاعات مربوط به مراقبت‌های پزشکی، تشخیص، ارائه‌کنندگان، مطالبات/پرداخت‌های بیمه یا مزایا و/یا اطلاعات مالی/صورتحساب باشد. این اطلاعات شامل موارد حساس نمی‌شود مگر اینکه به طور صریح به صورت زیر تصویب شده باشد.

سایر موارد (مشخص کنید): _____

6. آیا دریافت کننده اجازه دارد که اطلاعات حساس را دریافت کند؟ (یک مورد را علامت بزنید)

خیر

بله (همه موارد مربوط را علامت بزنید)

بیماری‌های مسری و عفونی

مراقبت‌های تایید جنسیت

اطلاعات ژنتیکی

ایدز/HIV

بهداشت روانی یا رفتاری

سلامت جنسی و باروری

بدر رفتاری‌های جنسی، فیزیکی یا روانی، از جمله خشونت شریک جنسی

عفونت‌های مقاربتی

اختلال مصرف مواد (مخدر/الکل)

7. انقضاء و فسخ

من مایل‌م این مجوز در _____ به پایان برسد. (تاریخ انقضاء: ___/___/___)
اگر تاریخی انتخاب نشود، مجوز یک سال از تاریخ امضای زیر منقضی می‌شود. شما حق دارید که این اجازه را با اعلام کتبی به Blue Shield در هر زمان فسخ نمایید. فسخ این مجوز بر روی اطلاعاتی که قبل از دریافت درخواست فسخ شما، واگذاری کرده‌ایم تأثیری نخواهد داشت. اگر این اجازه توسط یک ولی یا قیم قانونی به نمایندگی از شخص صغیر صادر شود، در هجدهمین سال تولد شخص صغیر منقضی خواهد شد.

8. امضای عضو یا نماینده قانونی:

من این فرم را مطالعه کرده و شرایط آنرا درک کرده و با آنها موافقت می‌کنم. من به Blue Shield of California اجازه می‌دهم تا این اطلاعات را به دریافت کننده‌ای که در بالا قید شده، واگذار کند. من می‌دانم زمانیکه اطلاعات من واگذار شود، ممکن است توسط دریافت کننده مجدداً واگذار شده و ممکن است دیگر تحت محافظت قوانین حفظ محرمانگی از جمله قانون قابلیت حمل و جابجایی بیمه درمانی فدرال سال 1996، نباشد. من می‌دانم که Blue Shield نمی‌تواند پرداخت هزینه، ثبت نام در برنامه درمانی یا واجد شرایط بودن برای مزایا را به امضاء کردن این اجازه توسط من مشروط کند.

امضاء

تاریخ

اسم با حروف خوانا

اگر نماینده قانونی این فرم را امضا کرده است، لطفاً نام نماینده و نسبت خود را با عضو (والدین، قیم با حکم دادگاه، وکالتنامه مراقبت‌های درمانی و غیره) ارائه دهید:

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از عضو یا اولیای شخص صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی، قیم یا مجری ماترک امضاء شود، باید مدرک قانونی را نیز تسلیم نمایید که صلاحیت شما برای اقدام از سوی عضو (یا ماترک عضو) را برای انتشار اطلاعات درمانی نشان دهد. چنین سندی به عنوان مثال می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

1. وکالت نامه مراقبت درمانی

2. اسناد و مدارک به روز و معتبر سرپرستی با دستور دادگاه؛ یا

3. سایر مدارک قانونی معتبر دیگری که صلاحیت شما برای اقدام از سوی عضو (یا ماترک عضو) را نشان دهد.

یک نسخه از فرم مجوز را برای بایگانی خود نگه دارید.
فرم مجوز تکمیل و امضا شده را به آدرس زیر بازگردانید:

Blue Shield of California Customer Care
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。