



# Awtorisasyon para sa paglabas ng impormasyong pangkalusugan

Gamitin ang form na ito upang pahintulutan ang Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, at ang kanilang mga kasama sa negosyo (sama-samang tinatawag na "Blue Shield") na ilabas ang inyong impormasyong pangkalusugan sa ibang tao o organisasyon.

## 1. Impormasyon ng miyembro

Pangalan ng miyembro: \_\_\_\_\_

Address ng miyembro: \_\_\_\_\_

ID number ng subscriber: \_\_\_\_\_

Petsa ng kapanganakan: \_\_\_\_\_

## 2. Sino ang makakatanggap ng impormasyon?

Pangalan ng tatanggap: \_\_\_\_\_

Address ng tatanggap: \_\_\_\_\_

Ugnayan ng tatanggap sa Miyembro: \_\_\_\_\_

## 3. Ano ang layunin ng pagsagot sa form na ito? (Lagyan ng check ang isa)

Bagong pahintulot (magpatuloy sa numero 4)

Pagpapawalang-bisa ng umiiral na pahintulot (lumaktaw sa numero 7)

## 4. Ano ang layunin ng paghahayag ng impormasyong ito? (Lagyan ng check ang isa)

Sa aking kahilingan – walang partikular na layunin

Partikular na layunin: \_\_\_\_\_

**5. Anong impormasyon ang maaaring maibahagi sa tatanggap? (Pakilagyan ng check ang lahat na naaangkop)**

- Paliwanag ng mga benepisyo
- Impormasyon sa mga claim
- Impormasyon sa Premium billing
- Pamamahala ng kaso
- Anuman o lahat ng impormasyon na pinapanatili ng Blue Shield. Maaaring kalakip dito ang impormasyon na may kaugnayan sa inyong medikal na pangangalaga, pagsusuri, mga provider, mga claim/pagbabayad ng insurance o benepisyo, at/o impormasyong pinansyal/billing. Hindi kasama rito ang sensitibong impormasyon maliban kung partikular na inaprubahan sa ibaba.
- Iba pa (pakitukoy): \_\_\_\_\_

**6. Pinahintulutan ba ang tatanggap na makatanggap ng sensitibong impormasyon? (Lagyan ng check ang isa)**

- Hindi
- Oo (Pakilagyan ng check ang lahat na naaangkop)
  - Nakakahawang sakit
  - Pangangalagang nagpapatibay ng kasarian
  - Impormasyon sa genetics
  - HIV/AIDS
  - Kalusugan ng isip o pag-uugali
  - Kalusugang sekswal at reproductive
  - Pang-aabusong sekswal, pisikal, o sa isip, kabilang ang karahasan ng intimate partner
  - Mga sekswal na naipapasang impeksyon
  - Sakit sa pag-aabuso sa paggamit ng substance (mga alkohol/droga)

**7. Pag-expire at pagpapawalang-bisa**

Nais kong wakasan ang awtorisasyon na ito sa \_\_\_\_\_. (hal: \_\_/\_\_/\_\_)  
Kung walang piniling petsa, mawawalan ng bisa ang awtorisasyon ng isang taon mula sa petsa ng lagda sa ibaba. May karapatan kayong bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras sa pamamagitan ng pag-abiso sa Blue Shield sa pamamagitan ng sulat. Hindi maapektuhan ng pagbawi sa awtorisasyon na ito ang impormasyong inihahayag namin bago namin matanggap ang inyong kahilingan sa pagbawi. Kung ang awtorisasyon na ito ay ibinigay ng magulang o legal na tagapangalaga para sa isang menor de edad, mawawalan ito ng bisa sa ikalabing walong kaarawan ng menor de edad.

## 8. Lagda ng miyembro at legal na kinatawan

Nabasa ko ang form na ito, at nauunawaan ko at sumasang-ayon ako sa mga tuntunin nito. Inaatasan ko ang Blue Shield of California na ihayag ang impormasyon sa nakatalang tatanggap ayon sa inaatasa sa itaas. Nauunawaan kong kapag inihayag na ang aking impormasyon, maaari itong ihayag ulit ng tatanggap at maaaring hindi na ito protektado ng mga batas tungkol sa pagkapribado, kabilang ang pederal na Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. Nauunawaan kong hindi maaaring ibatay ng Blue Shield ang pagbabayad, enrollment sa planong pangkalusugan, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo sa paglagda ko sa awtorisasyon na ito.

---

Lagda

---

Petsa

---

Naka-print na pangalan

Kung nilagdaan ng isang legal na kinatawan ang form na ito, mangyaring magbigay ng pangalan at relasyon ng kinatawan sa miyembro (magulang, pangangalagang iniutos ng hukuman, Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan, atbp.):

---

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa miyembro o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan, tagapangalaga, o tagapagpatupad, **dapat rin kayong magsumite ng legal na dokumentasyon** na nagpapakita ng pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng Miyembro (o ari-arian ng Miyembro) upang mailabas ang impormasyong pangkalusugan. Maaaring kalakip sa ganitong dokumentasyon ang, halimbawa:

1. Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan
2. Kasalukuyan, valid na dokumentasyon ng pangangalagang iniutos ng hukuman; o
3. Iba pang valid na legal na dokumentasyong nagpapakita ng pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng Miyembro (o sa ari-arian ng Miyembro)

---

### Magtabi ng kopya ng form ng awtorisasyon para sa inyong mga talaan.

Ibalik ang nakumpleto at nilagdaang form ng pagpapahintulot na ito sa:

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。