



Kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon ng protektadong impormasyong pangkalusugan

Maaari mong gamitin ang form na ito para hilingin sa Blue Shield of California na ipadala ang inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) sa isang kumpidensyal na mailing address, email address, o numero ng telepono. Kung pipiliin ninyong gamitin ang form na ito, pakisumite ang lahat ng impormasyong hiniling sa form na ito nang nakasulat sa Blue Shield sa mailing address, email address, o numero ng fax sa ibaba ng form na ito.

Puwede lang na ang inyong kahilingan sa PHI na ipinadala ng Blue Shield of California at ng mga kasama nito sa negosyo. Maaaring tanggihan ang inyong kahilingan kung hindi ito makatuwirang mapaunlakan. Kung maipagkakaloob ang inyong kahilingan at magbabago kayo ng address sa susunod, o magbabago ang inyong subscriber identification number, kailangan ninyong magsumite muli ng bagong kahilingan para sa kumpidensyal na mga pagpapadala sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield of California. Maaari ninyong bawiin ang inyong kahilingan para sa kumpidensyal na mga pagpapadala sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield of California sa mailing address, email address, o numero ng fax sa ibaba ng form na ito.

1. Indibidwal na humihiling ng kumpidensyal na pagpapadala ng PHI:

Pangalan:

ID number ng subscriber:

Numero ng telepono:

Petsa ng kapanganakan:

Email address:

2. Hinihiling ko na ipadala sa akin ng Blue Shield of California ang aking PHI sa pamamagitan ng sumusunod:

Kumpidensyal na mailing address:

Kumpidensyal na numero ng telepono:

Kumpidensyal na email address:

3. Lagda ng indibidwal, magulang ng menor de edad, o personal na kinatawan:

Lagda

Petsa:

Naka-print na pangalan:

Mga legal na kinatawan o mga tagapangalaga

Kung nilagdaan ang form na ito ng taong maliban sa indibidwal o ng magulang ng menor de edad, tulad ng personal/legal na kinatawan o tagapangalaga, dapat rin kayong magsumite ng dokumentasyon na nagpapatunay ng legal na pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng indibidwal na kaugnay ng kanilang pangangalagang pangkalusugan/PHI. Maaaring kalakip sa naturang dokumentasyon ang:

1. Awtorisasyon ng HIPAA;
2. Power of Attorney hinggil sa Pangangalagang Pangkalusugan;
3. Mga papel ng pangangalaga; o
4. Iba pang valid na dokumentasyong nagpapatunay ng legal na pagpapahintulot sa inyong kumilos sa ngalan ng indibidwal.

Pangalan ng kinatawan (isulat nang malinaw):

Kaugnayan sa miyembro:

Uri ng dokumentasyong isinumite:

Lagda ng kinatawan:

Maaari ninyong ibalik ang nakumpleto at nilagdaang form na ito sa pamamagitan ng isa sa mga opsyong ito:

Koreo: Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

Email: privacy@blueshieldca.com

Fax: (800) 201-9020

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。