



Yêu cầu giải trình việc tiết lộ thông tin

Sử dụng biểu mẫu này để yêu cầu giải trình một số tình huống tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của quý vị ("PHI") do Blue Shield of California thực hiện. Thời hạn giải trình việc tiết lộ thông tin tối đa là sáu năm trước ngày quý vị yêu cầu. Blue Shield of California không phải giải trình việc tiết lộ thông tin PHI của quý vị đã được thực hiện:

- Vì mục đích điều trị, thanh toán hoặc hoạt động chăm sóc sức khỏe;
- Cho quý vị, người đại diện cá nhân của quý vị hoặc theo sự cho phép của quý vị;
- Cho những người tham gia vào dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị;
- Vì mục đích an ninh quốc gia hoặc tình báo;
- Cho cơ quan thực thi pháp luật hoặc cơ quan cải huấn vì những mục đích nhất định;
- Sự cố liên quan đến việc sử dụng hoặc tiết lộ thông tin PHI của quý vị được cho phép hoặc bắt buộc.

Người yêu cầu trao đổi liên lạc bảo mật về thông tin PHI:

Tên:

Số ID người đăng ký:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Ngày sinh:

Tôi yêu cầu giải trình việc tiết lộ thông tin được thực hiện trong khoảng thời gian sau:

Từ (ghi rõ ngày): _____ Gửi đến: _____

Nếu quý vị chỉ muốn giải trình về một loại hình tiết lộ thông tin nhất định hoặc việc tiết lộ thông tin được thực hiện cho một cá nhân hoặc tổ chức cụ thể, vui lòng mô tả:

Chữ ký của cá nhân, cha mẹ của trẻ vị thành niên hoặc người đại diện cá nhân:

Chữ ký

Ngày

Nếu một người không phải là cá nhân hoặc cha mẹ của trẻ vị thành niên đã ký biểu mẫu này, chẳng hạn như người đại diện cá nhân/hợp pháp hoặc người giám hộ, quý vị phải **gửi tài liệu** thể hiện quyền hành động của quý vị đối với hoặc thay mặt cho cá nhân đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe/thông tin PHI của họ, chẳng hạn như sự cho phép về HIPAA hợp lệ, ủy quyền chăm sóc sức khỏe hoặc giấy tờ về quyền giám hộ. **Vui lòng cung cấp thêm thông tin sau:**

Tên, địa chỉ và mối quan hệ của người đại diện với người mà yêu cầu này được đưa ra cho người đó (viết in hoa):

Gửi lại yêu cầu đã điền thông tin và ký tên đến:

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

H0504_13-VI_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

S2468_13-VI_144D 07052013

A55568XLB-VI_0923