



## 請求對受保護的健康資訊的存取權

您有權請求存取權以檢查或取得Blue Shield of California在指定記錄集中置存的您的PHI副本。指定記錄集是由Blue Shield of California或為Blue Shield of California置存的一組記錄，包括註冊、付款、索賠裁決、病例或醫療管理記錄，或我們用來做出有關您的決定的其他資訊。我們將會以書面通知您此一請求是被批准或拒絕，如果被拒絕，也將提供原因。

您無權檢查或取得任何心理治療過程記錄的副本；為民事、刑事或行政訴訟或法律程序而編製或用於上述目的合理預期的資訊；或根據1988年《臨床實驗室改進修正案》不得向您披露的資訊。

請注意，我們不保留病歷。您應該聯絡您的醫療服務提供者或醫療服務機構以索取您的病歷副本或存取您的病歷。

### 作出請求的個人：

姓名：

投保人識別號碼：

地址：

電話號碼

出生日期：

- 這是否為檢查或收取記錄副本的請求？  檢查  副本
- 您希望收到什麼形式的副本？  紙本  電子（如有）
- 如果有電子版本，您希望收到哪種格式？（我們未必能夠滿足特定電子格式的要求，但我們會做出合理努力來盡量做到這一點。）：

本人瞭解，如果本人索取記錄副本的請求被核准，本人可能需要支付合理的複製成本費（包括耗材和人工成本）及/或郵資，並且如果需要付費的話，Blue Shield會於事前通知本人。

### 個人或個人代表人簽名：

簽名

日期

如果此表格是由個人或未成年子女的父母以外的其他人簽署，例如個人/法定代表或監護人，您必須**提交文件**，證明您有權代表此位人士就其醫療保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授權、醫療保健委託授權書或監護權文件。**另請提供以下資訊：**

代表人的姓名、地址以及與提出此請求的人士的關係（正楷書寫）：

請將填妥並簽名的請求寄回至：

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

H0504\_13-CT\_144C 07052013

S2468\_13-CT\_144C 07052013

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

A55571XLB-CT\_0923