



Yêu cầu truy cập thông tin sức khỏe được bảo vệ

Quý vị có quyền yêu cầu quyền truy cập để kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin PHI của mình mà Blue Shield of California duy trì trong một bộ hồ sơ được chỉ định. Bộ hồ sơ được chỉ định là một nhóm các hồ sơ được duy trì bởi hoặc cho Blue Shield of California, bao gồm việc đăng ký, thanh toán, phân xử xin bồi hoàn, hồ sơ quản lý y tế hoặc hồ sơ, hoặc thông tin khác mà chúng tôi sử dụng để đưa ra quyết định về quý vị. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về việc chấp thuận hay từ chối yêu cầu của mình, bao gồm cả lý do từ chối.

Quý vị không có quyền kiểm tra hoặc nhận bản sao của bất kỳ tài liệu trị liệu tâm lý nào; thông tin được biên soạn với mục đích dự đoán hợp lý hoặc để sử dụng trong một vụ kiện hoặc thủ tục tố tụng dân sự, hình sự hoặc hành chính; hoặc thông tin không được tiết lộ cho quý vị theo Bản sửa đổi cải tiến phòng thí nghiệm lâm sàng năm 1988.

Xin lưu ý rằng chúng tôi không lưu giữ hồ sơ y tế. Quý vị nên liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe để yêu cầu bản sao hoặc quyền truy cập vào hồ sơ y tế của mình.

Người đưa ra yêu cầu:

Tên:

Số ID người đăng ký:

Địa chỉ:

Số điện thoại

Ngày sinh:

- Đây là yêu cầu kiểm tra hay nhận bản sao hồ sơ? Kiểm tra Bản sao
- Quý vị muốn nhận bản sao dưới hình thức nào? Giấy Điện tử (nếu có)
- Nếu có bản sao điện tử, quý vị muốn nhận ở định dạng nào? (Chúng tôi có thể không có khả năng đáp ứng các yêu cầu cho các định dạng điện tử cụ thể, nhưng chúng tôi sẽ có nỗ lực hợp lý để làm điều đó):

Tôi hiểu rằng nếu yêu cầu sao chép hồ sơ của tôi được chấp thuận, tôi có thể phải trả một khoản phí sao chép hợp lý, dựa trên chi phí (bao gồm chi phí vật tư và nhân công) và/hoặc bưu phí, và rằng Blue Shield sẽ thông báo trước cho tôi nếu phải trả phí.

Chữ ký của cá nhân 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_144C 07052013

S2468_13-VI_144C 07052013

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

A55571XLB-VI_0923