



申请限制使用或披露受保护的健康信息

使用此表格申请限制Blue Shield of California出于某些允许的目的使用或披露您的受保护的健康信息（“PHI”），包括进行治疗、付款或医疗保健运营，或向家庭成员或参与您的护理的其他人披露您的PHI。**Blue Shield of California不一定同意您的限制申请。**我们将以书面形式告知您的申请是否已被批准或拒绝。即使您的申请获得批准，我们仍可能在紧急情况下使用或披露受限信息。如果出于您的紧急治疗需要而披露了受限信息，我们会要求接收者不得进一步使用或披露该信息。

提出限制申请的个人：

姓名：

投保人身份证号：

地址：

电话号码

出生日期：

您希望限制哪些PHI？

您希望对Blue Shield of California如何使用或披露上述PHI采取什么限制？

个人或个人代表的签名：

签名

日期

如果此表格由个人或未成年儿童的父母以外的其他人（例如个人/法定代表人或监护人）签署，您必须**提交相关文件**以表明您有权代表该个人就其医疗保健/PHI行事，例如有效的HIPAA授权、医疗保健授权书或监护文件。**另请提供以下信息：**

代表的姓名、地址以及与为其提出此申请的个人之间的关系（工整书写）：

注意：如果此申请是代表未成年儿童提出的，则在未提前终止的情况下，该限制将在该儿童十八岁生日时自动终止。其他条件和限制可能适用于代表未成年儿童提交的限制申请。

将填妥并签字的申请寄回至：Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504_13-CS_144A 07052013

S2468_13-CS_144A 07052013

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

A55570XLB-CS_0923