



## Запрос на ограничение использования или разглашения конфиденциальной медицинской информации

Используйте эту форму, чтобы запросить ограничение на использование или разглашение планом Blue Shield of California вашей конфиденциальной медицинской информации (Protected health information, PHI) в определенных допустимых целях, включая, например, проведение лечения, оплаты или медицинских операций, либо разглашение вашей PHI членам семьи или другим лицам, участвующим в вашем лечении. **Blue Shield of California вправе не согласиться с вашим запросом на ограничение.** Об удовлетворении или отклонении вашего запроса мы сообщим вам в письменном виде. Даже в случае удовлетворения вашего запроса мы по-прежнему можем использовать или раскрывать информацию, в отношении которой установлены ограничения, в случае чрезвычайной ситуации. Если информация, в отношении которой установлены ограничения, будет раскрыта в целях оказания вам неотложной помощи, мы попросим получателя не использовать и не раскрывать ее в дальнейшем.

### Лицо, подающее запрос на установление ограничений:

Полное имя:

Номер страхователя:

Адрес:

Номер телефона

Дата рождения:

**Укажите конкретную PHI, в отношении которой вы хотите установить ограничения.**

**Укажите конкретные ограничения на использование или раскрытие вышеуказанной PHI планом Blue Shield of California.**

**Подпись физического лица или личного представителя:**

**Подпись**

**Дата**

Если эта форма подписана не самим человеком или родителем несовершеннолетнего, а личным/законным представителем или опекуном, **вы должны также представить документы**, подтверждающие ваше право действовать от имени или по поручению человека в отношении его медицинского обслуживания/PHI, такие как действительное разрешение HIPAA, доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании или документы об опекуновстве. **Кроме того, необходимо предоставить следующую информацию:**

Имя и фамилия уполномоченного представителя, его адрес и сведения о том, кем представитель приходится лицу, в интересах которого подается данный запрос (печатными буквами):

**Примечание.** Если этот запрос подается от имени несовершеннолетнего ребенка, срок действия ограничения, если оно не будет прекращено раньше, истечет по достижении ребенком 18-ти лет. К запросам на ограничение, поданным от имени несовершеннолетнего ребенка, могут применяться другие условия и ограничения.

**Отправьте заполненную и подписанную форму запроса по адресу:** Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504\_13-RU\_144A 07052013

S2468\_13-RU\_144A 07052013

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

A55570XLB-RU\_0923