



Promise Health Plan

## 披露健康信息授权书

使用本表格授权 Blue Shield of California、Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 以及它们的业务伙伴 (合称“Blue Shield”) 向其他人士或组织披露您的健康信息。

### 1. 会员信息

会员姓名: \_\_\_\_\_

会员地址: \_\_\_\_\_

投保人 ID 号码: \_\_\_\_\_

出生日期: \_\_\_\_\_

### 2. 谁可能接收信息?

接收方姓名/名称: \_\_\_\_\_

接收方地址: \_\_\_\_\_

接收方与会员的关系: \_\_\_\_\_

### 3. 填写本表的目的是什么? (勾选一项)

- 新授权 (请继续填写第 4 项)
- 撤销现有授权 (请跳至第 7 项)

### 4. 披露信息的目的是什么? (勾选一项)

- 根据我的要求——无特定目的
- 特定目的: \_\_\_\_\_

### 5. 可与接收方分享什么信息? (勾选所有适用的选项)

- 福利说明
- 索赔信息
- 保费账单信息
- 个案管理
- Blue Shield Promise Health Plan 保有的任何或所有信息。该类信息可能包含与您的医疗护理、诊断、医疗护理提供者、保险或福利索赔/付款, 及/或财务/账单信息有关的信息。除在下方特别批准, 该类信息不包含敏感信息。
- 其他 (请注明): \_\_\_\_\_

## 6. 接收方是否有接收敏感信息的授权? (勾选一项)

否

是 (勾选所有适用的选项)

- 感染性和传染性疾病
- 性别肯定护理
- 基因信息
- HIV/艾滋病 (AIDS)
- 心理或行为健康
- 性健康和生殖健康
- 性、身体或精神虐待, 包括亲密伴侣暴力
- 性传播感染
- 物质滥用障碍 (酒精/药物)

## 7. 失效及撤销

本人希望本授权书于 \_\_\_\_\_ 终止。(例如: \_\_/\_\_/\_\_)

如未选择日期, 本授权书将于下文签字日期起一年后失效。您有权随时向 Blue Shield Promise Health Plan 发出书面通知来撤销本授权书。撤销本授权书将不会影响我们在收到您的撤销申请前, 对您的信息的披露。如果本授权书是由父母一方或法定监护人代表未成年发出, 则其将在未成年的 18 岁生日失效。

## 8. 会员或法定代表人签名

本人已阅读本表格, 本人理解并同意其条款。本人指示 Blue Shield Promise Health Plan 按以上指示, 向注明的接收方披露信息。本人理解, 本人的信息一经披露, 其可能被受托者再次披露, 且该等信息可能不再受隐私法的保护, 包括 1996 年颁布的联邦 Health Insurance Portability and Accountability Act (健康保险隐私及责任法案)。本人理解, Blue Shield Promise Health Plan 不得以本人是否签署本授权书作为健康计划付款、投保或福利资格判定的条件。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷书写姓名

如果由法定代表人签署此表格, 请提供代表姓名及与会员的关系 (父母、经法院判定监护权、医疗护理委托书等):

\_\_\_\_\_  
如果本表格的签署方并非会员本人或未成年人的父母, 例如签署方为个人/法定代表人、监护人或遗嘱执行人, 则您还必须提交法律文件, 证明您有权代表会员 (或会员遗嘱) 披露健康信息。该等文件可能包含以下示例:

1. 医疗护理委托书
2. 经法院判定监护权的当前有效文件证明; 或
3. 其他证明您可以代表会员 (或会员遗嘱) 行事的有效法律文件

---

**请保留本授权书的副本, 以作备份。**

请将填写完整并经签署的授权书表格寄回:

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

---

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循适用的州法律和联邦公民权利法律, 并且不以种族、肤色、原国籍、血统、宗教、性别、婚姻状况、性别认同、性取向、年龄或残障为由而进行歧视。