



A. 귀하의 건강 정보를 Blue Shield of California Promise Health Plan 가 타인 또는 기관에 공개 또는 사용하는 것을 허가하시려면 본 양식을 작성하십시오.

1. 정보가 공개되는 자("가입자").

가입자 이름 및 주소:

가입 ID 번호:

생년월일:

2. 가입자의 정보를 받을 수 있도록 허가된 자("수령인")는 누구입니까?

수령인 이름 및 주소:

수령인과 가입자와의 관계:

3. 수령인에게 공개될 수 있는 정보는 무엇입니까? (한 곳에 표시)

- Blue Shield of California Promise Health Plan 가 관리하는 모든 정보. 여기에는 가입자의 의료 관리, 진단, 의료진, 보험 및 급여 청구/지불, 또는 금융/결제 정보가 포함될 수 있습니다. *아래에서 특별히 승인하지 않는 한 민감 정보는 포함되지 않습니다.*
- Blue Shield of California Promise Health Plan 가 관리하는 다음의 정보 또는 정보 유형만(구체적으로 작성):

4. 수령인이 민감 정보를 받아보도록 허가합니까?

- 아니요 - 5 섹션으로 이동하십시오
- 예 - 다음 (a) 또는 (b)를 작성하십시오 - 둘 다 선택할 수는 없습니다. 나는 수령인이 다음의 특정 정보를 받도록 허가합니다:
 - a. 정신 치료 기록 - *만일 이 칸에 표시하면, 아래 b. 섹션에 있는 어떤 칸에도 표시할 수 없습니다. 정신 치료 기록 공개 허가는 다른 유형의 정보 공개 허가와 결합되지 않습니다. 5 섹션으로 이동하십시오*

b. 본 섹션은 오직 상단 4(a)에 표시하지 않았으며, 다음 민감 정보 유형의 공개를 허가할 경우에만 작성해주시시오(해당하는 모든 곳에 표시):

<input type="checkbox"/> 임신 중단	<input type="checkbox"/> 알코올/약물 남용	<input type="checkbox"/> 유전 정보
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> 정신 건강	<input type="checkbox"/> 임신
<input type="checkbox"/> 성적, 신체적, 정신적 학대		<input type="checkbox"/> 성병

12세 이상 미성년자의 부모/법적 보호자에게 알림: 미성년자가 직접 작성한 허가서 없이는 특정 유형의 민감 정보를 취득하거나 공개 또는 사용할 수 없습니다. 여기에는 상단 목록에 있는 민감 정보 유형은 물론, 전염병, 강간/성적 학대 및 특정 외래 정신 건강 상담/치료에 관련된 정보도 포함됩니다. 만약 미성년자가 17세 이상인 경우, 가정 폭력 및 헌혈과 관련된 정보의 공개 또한 미성년자의 허가가 필요합니다.

5. 정보의 공개 또는 사용을 요청하는 목적은 무엇입니까?

- 본 정보는 나에 관한 것이며 나의 요청에 따라 사용 또는 공개될 것이다
- 청구 분쟁 및 항소를 해결하기 위하여
- 기타 (구체적으로 작성):

B. 만료 및 철회

본 허가서는 여기에 달리 명시되지 않는 한 귀하가 서명 (아래)한 날로부터 1년간 유효합니다:

____/____/____

귀하는 Blue Shield of California Promise Health Plan 에 서면으로 알림으로써 본 허가를 언제든지 철회할 수 있는 권리를 보유하고 있습니다. 본 허가를 철회하는 것은 파기 요청을 받기 전에 당사가 사용하거나 공개한 정보에는 효력을 미치지 않습니다. 만약 본 허가가 미성년자를 대리하여 부모 또는 법적 보호자가 제공했을 경우, 해당 미성년자의 18세 생일에 효력이 만료됩니다.

C. 서명

나는 본 양식을 읽고 이해하였으며 본 조건에 동의합니다. 나는 Blue Shield of California Promise Health Plan 가 본 정보를 사용하거나 상단에 명시된 수령인에게 공개하도록 허가합니다. 나는 내 정보가 일단 공개되면, 수령인이 재공개할 수 있으며, 연방 Health Insurance Portability and Accountability Act (건강 보험 이동과 책임에 관한 법률) (1996년)을 포함한 개인정보보호법에 의한 보호를 더는 받게 될 수 없다는 것을 이해합니다.

나는 본 허가서에 서명했는지와 상관없이 Blue Shield of California Promise Health Plan 가 급여 자격 또는 건강 플랜 가입, 지급을 좌우하지 않을 것임을 이해합니다.

서명

날짜

정자체 이름

D. 개인 또는 법적 대리인 또는 보호자

만약 본 양식에 가입자 또는 미성년자의 부모 외에 다른 자, 예를 들어 개인/법적 대리인, 보호자, 또는 집행자 등이 서명했을 경우, 가입자의 건강 정보의 공개 또는 사용을 허가하기 위하여, 가입자(또는 가입자의 재산)를 대신하여 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 **법률 서류를 제출**해야 합니다. 이러한 서류에는 다음이 포함됩니다: 1) 건강 관리 위임장, 2) 법원 명령 후견인의 현재 유효한 서류, 또는 3) 가입자 (또는 가입자의 재산)를 대신하여 행위가 가능하다는 권한을 나타내는 기타 유효한 법률 서류.

다음을 작성해주십시오:

대리인의 이름 (정자체):

가입자와의 관계:

제출한 서류 유형:

본 허가서 사본을 기록을 위해 보존해주십시오.

본 허가서를 작성하고 서명하여 다음 주소로 반송해주십시오:
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 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律, 並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。