

उपयोग के लिए या स्वास्थ्य जानकारी के खुलासे के लिए अनुमति



A. Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company और उनके व्यावसायिक सहयोगियों (सामूहिक रूप से "Blue Shield") द्वारा किसी अन्य व्यक्ति या संगठन को अपनी स्वास्थ्य जानकारी का उपयोग करने या प्रकट करने के लिए अधिकृत करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करें।

1. व्यक्ति जिसकी जानकारी का खुलासा किया जाना है ("सदस्य")।

सदस्य का नाम और पता:

ग्राहक आईडी (ID) संख्या:

जन्म तिथि:

2. सदस्य की जानकारी प्राप्त करने की अनुमति किसे है ("प्राप्तकर्ता")?

प्राप्तकर्ता का नाम और पता:

सदस्य के साथ प्राप्तकर्ता का संबंध:

3. प्राप्तकर्ता को किस जानकारी का खुलासा कर सकते हैं? (किसी एक पर निशान लगाएँ)

कोई या सभी प्रकार की जानकारी जो Blue Shield बरकरार रखता है। इसमें सदस्य की चिकित्सा देखभाल, निदान, प्रदाताओं, बीमा या लाभ दावों/भुगतानों, और/या वित्तीय/बिलिंग जानकारी से संबंधित जानकारी शामिल हो सकती है। इसमें तब तक संवेदनशील जानकारी शामिल नहीं होती है जब तक नीचे विशेष रूप से मंजूरी ना दी जाये।

Blue Shield केवल निम्न जानकारी, या सूचना के प्रकार बरकरार रखती है (निर्दिष्ट करें):

4. क्या प्राप्तकर्ता को संवेदनशील जानकारी प्राप्त करने की अनुमति है?

नहीं – खंड 5 पर जाएँ

हाँ – नीचे या तो (a) या (b) को पूरा करें – शायद आप दोनों का चयन नहीं कर सकते। मैं विशेष रूप से प्राप्तकर्ता को निम्न जानकारी लेने की अनुमति देता हूँ:

a. मनोचिकित्सा नोट्स – यदि आप इस बॉक्स को चिह्नित करते हैं, तो आप खंड b में नीचे किसी अन्य बॉक्स को चिह्नित नहीं कर सकते हैं। मनोचिकित्सा नोट जारी करने के लिए प्राधिकार को किसी अन्य प्रकार की जानकारी के प्रकटीकरण के लिए प्राधिकार के साथ नहीं जोड़ा जा सकता है। खंड 5 पर जाएँ।

b. इस खंड को तभी पूरा करें अगर आपने ऊपर बॉक्स 4(a) को चिन्हित नहीं किया है, और आप निम्न में से किसी भी प्रकार की संवेदनशील जानकारी के प्रकटीकरण को अधिकृत करना चाहते हैं (लागू होने वाले सभी को चिन्हित करें):

गर्भपात

शराब/मादक द्रव्यों का सेवन

आनुवंशिक जानकारी

एचआईवी/एड्स

मानसिक स्वास्थ्य

गर्भावस्था

यौन, शारीरिक, या मानसिक शोषण

यौन संक्रमित बीमारी

12 वर्ष या उससे अधिक उम्र के नाबालिगों के माता-पिता/कानूनी अभिभावकों के लिए नोट: आप नाबालिग के स्वयं के लिखित प्राधिकरण के बिना नाबालिग के बारे में कुछ प्रकार की संवेदनशील जानकारी के उपयोग या खुलासे को प्राप्त करने या अधिकृत करने में असमर्थ हो सकते हैं। इसमें ऊपर सूचीबद्ध संवेदनशील जानकारी के प्रकार के साथ-साथ संक्रामक रोगों, बलात्कार/यौन हमले, और कुछ बाह्य रोगी मानसिक स्वास्थ्य परामर्श/उपचार के बारे में जानकारी शामिल हो सकती है। यदि नाबालिग 17 वर्ष या उससे अधिक उम्र का है, तो घरेलू हिंसा और रक्त दान से संबंधित जानकारी के प्रकटीकरण के लिए भी नाबालिग की आज्ञा की आवश्यकता है।

5. अनुरोध किये गए उपयोग या सूचना के खुलासे का उद्देश्य क्या है?

जानकारी मेरे बारे में है और मेरे अनुरोध पर इसका इस्तेमाल या खुलासा किया जाना है।

दावा विवाद या अपील के निपटारे के लिए

अन्य: (उल्लिखित करें)

B. समय सीमा की समाप्ति और खण्डन

यह अनुमति आपके हस्ताक्षर करने की तारीख से एक साल के लिए प्रभाव में रहेगी (निम्न) जब तक एक अलग तारीख यहाँ उल्लिखित नहीं की जाती है:

____/____/____

आपको इस अनुमति को Blue Shield लिखित में अधिसूचित करके किसी भी समय रद्द करने का अधिकार है। इस अनुमति को वापस लेने से वह जानकारी प्रभावित नहीं होगी जिसका हमने आपके खण्डन करने के अनुरोध से पहले उपयोग या खुलासा किया। अगर यह अनुमति माता पिता या एक कानूनी अभिभावक द्वारा या एक नाबालिग की ओर से दी गई है, यह नाबालिग के अठारहवें जन्मदिन पर समाप्त हो जाएगा।

C. हस्ताक्षर

मैंने इस फॉर्म को पढ़ लिया है और मैं इसकी शर्तों को समझता हूँ और इनसे सहमत हूँ। मैं Blue Shield of California को ऊपर दिए निर्देश अनुसार उल्लेख किये प्राप्तकर्ता को जानकारी का उपयोग करने के लिए या जानकारी का खुलासा करने के लिए निर्देश देता हूँ। मैं समझता हूँ कि एक बार मेरी जानकारी का खुलासा हो जाने के बाद, प्राप्तकर्ता द्वारा इसे फिर से प्रकट किया जा सकता है और अब इसे संघीय Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (स्वास्थ्य बीमा सुवाह्यता और जवाबदेही अधिनियम 1996) सहित गोपनीयता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि Blue Shield भुगतान, स्वास्थ्य योजना में नामांकन, या इस प्राधिकरण पर हस्ताक्षर करने पर लाभों के लिए पात्रता की शर्त नहीं रख सकता है।

हस्ताक्षर

तारीख

प्रिंट नाम

D. व्यक्तिगत या कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक

यदि इस फॉर्म पर सदस्य या नाबालिग के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, जैसे कि कोई व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक, या निष्पादक, **आपको कानूनी दस्तावेज भी जमा करने होंगे** जिसमें आपका अधिकार दिखाया गया हो सदस्य की स्वास्थ्य जानकारी के उपयोग या प्रकटीकरण को अधिकृत करने के लिए सदस्य (या सदस्य की संपत्ति) की ओर से कार्य करें। इस तरह के दस्तावेज में शामिल हो सकते हैं, उदाहरण के लिए: 1) स्थायी स्वास्थ्य देखभाल पावर ऑफ अटॉर्नी; 2) न्यायालय द्वारा आदेशित संरक्षकता का वर्तमान, वैध दस्तावेज; या 3) सदस्य की ओर से कार्य करने के आपके अधिकार को दर्शाने वाले अन्य वैध कानूनी दस्तावेज (या सदस्य की संपत्ति)।

कृपया निम्नलिखित को भी पूरा करें:

प्रतिनिधि का नाम (प्रिंट):

सदस्य के साथ संबंध:

जमा किए गए दस्तावेज का प्रकार:

अपने रिकॉर्ड के लिए इस अनुमति की एक कापी रखें।

सम्पूर्ण और हस्ताक्षर किए अनुमति के फार्म लौटा दें:

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California 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 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 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。