

تصريح بالإفصاح عن المعلومات الصحية

استخدم هذا النموذج لتفويض Blue Shield of California، وشركة Blue Shield of California Life & Health، وشركائهم في الأعمال (يُشار إليهم مجتمعين باسم "Blue Shield") للإفصاح عن معلوماتك الصحية إلى شخص آخر أو منظمة أخرى.

1. معلومات العضو

اسم العضو:

عنوان العضو:

رقم معرف عضوية المشترك:

تاريخ الميلاد:

2. من يمكنه الحصول على المعلومات؟

اسم المستلم:

عنوان المستلم:

صلة المستلم بالعضو:

3. ما الغرض من استكمال هذا النموذج؟ (حدد إجابة واحدة)

تصريح جديد (انتقل إلى رقم 4)

إلغاء تصريح موجود (انتقل إلى رقم 7)

4. ما الغرض من الإفصاح عن المعلومات؟ (حدد إجابة واحدة)

بناءً على طلبي - لا يوجد غرض محدد

غرض محدد: _____

5. ما هي المعلومات التي يمكن مشاركتها مع المستلم؟ (حدد كل ما ينطبق)

شرح الاستحقاقات

معلومات المطالبات

معلومات فواتير قسط التأمين

إدارة الحالات

أي معلومات تحتفظ بها Blue Shield أو كلها. قد يتضمن ذلك المعلومات المتعلقة بك من رعاية طبية أو تشخيص أو موفري رعاية أو تأمين أو مطالبات مزايًا/مدفوعات و/أو معلومات مالية/متعلقة بالفواتير. لا يتضمن ذلك المعلومات الحساسة ما لم تتم الموافقة عليها تحديدًا أدناه.

غير ذلك (حدد): _____

6. هل يُسمح للمستلم بتلقي المعلومات الحساسة؟ (حدد إجابة واحدة)

لا

نعم (حدد كل ما ينطبق)

الأمراض المعدية والمتفشية

رعاية تأكيد الجنس

المعلومات الجينية

مرض فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

الصحة النفسية أو السلوكية

الصحة الجنسية والإنجابية

الاعتداء الجنسي أو الجسدي أو النفسي، بما في ذلك عنف الشريك الحميم

الأمراض المنقولة جنسياً

اضطراب تعاطي المواد المخدرة (الكحول/المخدرات)

7. الانتهاء والإلغاء

أود أن ينتهي هذا التصريح بتاريخ ____/____/____. (مثال: ____/____/____)
إذا لم يتم تحديد تاريخ، فستنتهي صلاحية التصريح بعد عام واحد من تاريخ التوقيع أدناه. ويحق لك إلغاء هذا التصريح في أي وقت عن طريق إخطار Blue Shield كتابياً. لن يؤثر إلغاء هذا التصريح على المعلومات التي نفصح عنها قبل تلقينا لطلب الإلغاء منك. إذا قُدم هذا التصريح أحد أولياء الأمر أو الأوصياء القانونيين نيابةً عن شخص قاصر، فسينتهي عند بلوغ الشخص القاصر سن الثامنة عشر.

8. توقيع العضو أو الممثل القانوني

لقد قرأت هذا النموذج وفهمت شروطه وأوافق عليها. أوجه Blue Shield of California بالإفصاح عن المعلومات إلى المستلم المُشار إليه على النحو المحدد أعلاه. أدرك أنه بمجرد الإفصاح عن المعلومات الخاصة بي، قد يُفصح عنها المستلم ولن تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية، بما في ذلك قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة الفيدرالي لعام 1996. أدرك أن Blue Shield قد لا تشترط الدفع أو التسجيل في خطة صحية أو الأهلية للحصول على المزايا في حال التوقيع على هذا التصريح.

التاريخ

التوقيع

الاسم بأحرف واضحة

إذا قام ممثل قانوني بالتوقيع على هذا النموذج، يرجى تقديم اسم الممثل وعلاقته بالعضو (ولي أمر، وصاية بأمر من المحكمة، توكيل رسمي للرعاية الصحية، وما إلى ذلك):

إذا وقع شخص بخلاف العضو أو ولي أمر الشخص القاصر على هذا النموذج، مثل الممثل الشخصي/القانوني، أو الوصي أو المنفذ، يجب عليك أيضاً تقديم المستندات القانونية التي تُثبت تفويضك بالتصرف نيابةً عن العضو (أو تركة العضو) للإفصاح عن المعلومات الصحية. قد تشمل هذه الوثائق، على سبيل المثال:

1. توكيل رسمي للرعاية الصحية

2. الوثائق الحالية والصالحة للوصاية بأمر من المحكمة؛ أو

3. وثائق قانونية أخرى صالحة توضح سلطتك للتصرف نيابةً عن العضو (أو تركة العضو)

احتفظ بنسخة من نموذج التصريح للرجوع إليه عند الحاجة.
أعد نموذج التصريح المكتمل والموقع إلى:

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

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。