

## Разрешение на разглашение медицинской информации

Используйте эту форму, чтобы разрешить плану Blue Shield of California, компании Blue Shield of California Life & Health Insurance Company и их деловым партнерам (далее — Blue Shield) разглашать вашу медицинскую информацию другому лицу или организации.

### 1. Информация об участнике

Имя участника: \_\_\_\_\_

Адрес участника: \_\_\_\_\_

Номер страхователя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

### 2. Кому может быть разглашена информация

Имя уполномоченного лица: \_\_\_\_\_

Адрес уполномоченного лица: \_\_\_\_\_

Кем приходится участнику: \_\_\_\_\_

### 3. Укажите цель заполнения данной формы (выберите один вариант)

Предоставление нового разрешения (перейдите к пункту 4)

Прекращение действующего разрешения (перейдите к пункту 7)

### 4. Укажите цель раскрытия информации (выберите один вариант)

По моей просьбе — без определенной цели

Определенная цель: \_\_\_\_\_

**5. Укажите информацию, которая может быть раскрыта уполномоченному лицу (отметьте все варианты, которые подходят)**

- Разъяснение страховых льгот
- Информация о страховых требованиях
- Платежная информация о страховых взносах
- Ведение пациентов
- Любая или вся информация, которую хранит Blue Shield. Эта информация может включать ваши данные, связанные с медицинским обслуживанием, диагнозом, поставщиками услуг, страховыми требованиями/выплатами и (или) требованиями/выплатами, касающимися льгот, и (или) финансовыми/платежными данными. Она не включает конфиденциальную информацию, если это не будет специально разрешено ниже.
- Другое (уточните): \_\_\_\_\_

**6. Вы разрешаете уполномоченному лицу получать конфиденциальную информацию? (выберите один вариант)**

- Нет
- Да (отметьте все варианты, которые подходят)
  - Контагиозные и инфекционные заболевания
  - Уход с учетом гендерной принадлежности
  - Генетические данные
  - ВИЧ/СПИД
  - Охрана психического или поведенческого здоровья
  - Сексуальное и репродуктивное здоровье
  - Сексуальное, физическое или психическое насилие, включая насилие со стороны интимного партнера
  - Заболевания, передающиеся половым путем
  - Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (алкоголя/наркотиков)

**7. Срок действия и отзыв.**

Прошу ограничить срок действия данного разрешения \_\_\_\_\_ (например, \_\_/\_\_/\_\_). Если дата не будет указана, срок действия разрешения истечет через год после даты подписания ниже. Вы имеете право отозвать данное разрешение в любое время, уведомив Blue Shield в письменной форме. Отзыв данного разрешения не повлияет на информацию, которую мы раскрыли до получения вашего запроса об отзыве. Если данное разрешение предоставлено родителем или законным опекуном от имени несовершеннолетнего, срок его действия истекает по достижении несовершеннолетним 18-ти лет.

## 8. Подпись участника или законного представителя.

Я подтверждаю, что настоящий документ мною прочитан, его смысл и значение мне понятны и соответствуют моим намерениям. Я поручаю плану Blue Shield of California раскрывать информацию указанному выше уполномоченному лицу. Я понимаю, что после раскрытия моих персональных данных уполномоченное лицо может раскрывать их повторно, они больше не будут защищены законами о персональных данных, включая федеральный закон «Об унификации и учете в области медицинского страхования» (Health Insurance Portability and Accountability Act) 1996 года. Я понимаю, что Blue Shield не может обуславливать оплату, включение в план медицинского страхования или право на получение льгот тем, подпишу ли я данное разрешение.

---

Подпись

---

Дата

---

Имя и фамилия разборчиво

Если данную форму подписал законный представитель, укажите его имя и кем он приходится участнику (родитель, опекун по решению суда, действует на основании доверенности на принятие медицинских решений и т. д.):

---

Если данная форма будет подписана не участником или родителем несовершеннолетнего, а, например, личным/законным представителем, опекуном или исполнителем завещания, **вы также должны предоставить официальный документ**, подтверждающий ваше право действовать от имени участника (или распоряжаться его имуществом) для раскрытия медицинской информации. Такими документами могут служить, например:

1. доверенность на принятие медицинских решений;
2. действующие действительные документы об опеке по решению суда; или
3. другая действующая юридическая документация, подтверждающая ваши полномочия действовать от имени участника (или распоряжаться имуществом участника).

---

### Оставьте один экземпляр разрешения у себя.

Отправьте заполненную и подписанную форму разрешения по адресу:

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。