



## 비공개 건강 정보에 대한 기밀 통신 요청

귀하는 이 양식을 사용하여 Blue Shield of California가 귀하의 비공개 건강 정보('PHI')를 기밀 우편 주소, 이메일 주소 또는 전화번호로 전달하도록 요청할 수 있습니다. 이 양식을 사용하지 않기로 결정한 경우, 이 양식에서 요청하는 모든 정보를 양식 하단에 있는 주소, 이메일 주소 또는 팩스 번호로 Blue Shield에 서면으로 제출해 주십시오.

귀하의 요청은 Blue Shield of California 및 그 협력업체가 전달하는 PHI에만 적용됩니다. 귀하의 요청이 합리적으로 수용될 수 없는 경우 거부될 수도 있습니다. 귀하의 요청이 승인된 후에 주소가 변경되거나 가입자 ID 번호가 변경된 경우 Blue Shield of California에 서면 요청을 보내 기밀 통신에 대한 새로운 요청을 다시 제출해야 합니다. 양식 하단에 있는 우편 주소, 이메일 주소 또는 팩스 번호로 Blue Shield of California에 서면 요청을 보내 기밀 통신 요청을 취소할 수도 있습니다.

### 1. PHI에 대한 기밀 통신을 요청하는 개인:

이름: \_\_\_\_\_

가입자 ID 번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

### 2. 본인은 Blue Shield of California가 다음 방식으로 본인의 PHI를 전달해 줄 것을 요청합니다.

기밀 우편 주소: \_\_\_\_\_

기밀 전화번호: \_\_\_\_\_

기밀 이메일 주소: \_\_\_\_\_

### 3. 본인, 미성년 자녀의 부모 또는 대리인의 서명:

서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

이름(정자체): \_\_\_\_\_

---

## 법적 대리인 또는 후견인

개인/법적 대리인 또는 후견인 등 개인 또는 미성년자의 부모가 아닌 사람이 이 양식에 서명한 경우, 그들의 의료 서비스/PHI와 관련하여 해당 개인을 대리하여 행동할 수 있는 법적 권한을 입증하는 문서 또한 반드시 제출해야 합니다. 그러한 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.

1. HIPAA 승인
2. 의료 위임장
3. 후견인 서류, 또는
4. 해당 개인을 대리할 귀하의 법적 권한을 입증하는 기타 유효한 문서

---

대리인 이름(정자체):

---

가입자와의 관계:

---

제출된 문서 유형:

---

대리인 서명

---

이 양식을 작성하고 서명하여 다음 옵션 중 하나를 통해 제출해 주십시오.

우편: Blue Shield of California, Privacy Office P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

이메일: [privacy@blueshieldca.com](mailto:privacy@blueshieldca.com)

팩스: (800) 201-9020

---

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。