

使用本表格授權 Blue Shield of California、Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 以及它們的業務夥伴（合稱「Blue Shield」）向其他人士或組織披露您的健康資訊。

## 1. 會員資訊

會員姓名：

會員地址：

投保人 ID 號碼：

出生日期：

## 2. 誰可能接收資訊？

接收方姓名/名稱：

接收方地址：

接收方與會員的關係：

## 3. 填寫本表的目的是什麼？（勾選一項）

新授權（請繼續填寫第 4 項）

撤銷現有授權（請跳至第 7 項）

## 4. 披露資訊的目的是什麼？（勾選一項）

根據我的要求——無特定目的

特定目的：\_\_\_\_\_

## 5. 可與接收方分享什麼資訊？（勾選所有適用的選項）

福利說明

索賠資訊

保費帳單資訊

個案管理

Blue Shield Promise Health Plan 保有的任何或所有資訊。該類資訊可能包含與您的醫療護理、診斷、醫療護理提供者、保險或福利索賠/付款，及/或財務/帳單資訊有關的資訊。除在下方特別批准，該類資訊不包含敏感資訊。

其他（請註明，包括具體日期範圍，如適用）：\_\_\_\_\_

---

6. 接收方是否有接收敏感資訊的授權？（勾選一項）

否

是（勾選所有適用的選項）

- 感染性和傳染性疾病
  - 性別肯定護理
  - 基因資訊
  - HIV/愛滋病
  - 心理或行為健康
  - 性健康和生殖健康 - 其他
  - 性健康和生殖健康 - 人工流產
  - 性健康和生殖健康 - 人工流產 - 相關服務
  - 性健康和生殖健康 - 避孕措施
  - 性、身體或精神虐待，包括親密伴侶暴力
  - 性傳播感染
  - 物質濫用障礙（酒精/藥物）
- 

7. 失效及撤銷

本人希望本授權書於\_\_\_\_\_終止。（示例：\_\_/\_\_/\_\_）

如未選擇日期，本授權書將於下文簽字日期起一年後失效。您有權隨時向 Blue Shield Promise Health Plan 發出書面通知來撤銷本授權書。撤銷本授權書將不會影響我們在收到您的撤銷申請前，對您的資訊的披露。如果本授權書是由父母一方或法定監護人代表未成年發出，則其將在未成年的 18 歲生日失效。

---

8. 會員或法定代理人簽名

本人已閱讀該表格，本人理解並同意其條款。本人指示 Blue Shield Promise Health Plan 按以上指示，向註明的接收方披露資訊。本人理解，本人的資訊一經披露，接收方可能再次披露本人的資訊，且該等資訊可能不再受隱私法的保護，包括 1996 年頒布的聯邦 Health Insurance Portability and Accountability Act（健康保險隱私及責任法案）。本人理解，Blue Shield Promise Health Plan 不得以本人是否簽署本授權書作為健康計劃付款、投保或福利資格判定的條件。

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
正楷書寫姓名

如果由法定代理人簽署此表格，請提供代表姓名及與會員的關係（父母、經法院判定監護權、醫療護理委託書等）：

\_\_\_\_\_  
如果本表格的簽署方並非會員本人或未成年人的父母，例如簽署方為個人/法定代理人、監護人或遺囑執行人，則您還必須提交法律文件，證明您有權代表會員（或會員遺囑）披露健康資訊。該等文件可能包含以下示例：

1. 醫療護理委託書
2. 經法院判定監護權的當前有效文件證明；或
3. 其他證明您可以代表會員（或會員遺囑）行事的有效法律文件

---

請保留本授權書的副本，以作備份。

請將填寫完整並經簽署的授權書表格寄回：

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service  
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。