



Запрос на предоставление сведений по учету случаев разглашения конфиденциальной информации

Используйте эту форму, чтобы запросить предоставление сведений по учету случаев разглашения вашей конфиденциальной медицинской информации (Protected health information, PHI), осуществленных Blue Shield of California. Максимальный период предоставления сведений по учету случаев разглашения конфиденциальной информации составляет 6 лет до момента подачи запроса. Компания Blue Shield of California не обязана вести учет случаев разглашения вашей PHI, которые были совершены:

- в целях лечения, оплаты или проведения медицинских операций;
- в пользу вас, вашего личного представителя или в соответствии с вашим разрешением;
- в отношении лиц, связанных с вашим медицинским обслуживанием или оплатой вашего медицинского обслуживания;
- для целей национальной безопасности или внутреннего пользования;
- для правоохранительных органов или исправительных учреждений в определенных целях;
- в связи с иным разрешенным или требуемым использованием или раскрытием вашей PHI.

Лицо, запрашивающее конфиденциальную передачу PHI:

Полное имя:

Номер страхователя:

Адрес:

Номер телефона

Дата рождения:

Я подаю запрос на предоставление сведений по учету случаев разглашения конфиденциальной информации, сделанной в течение следующего периода времени:

С (укажите дату): _____ По: _____

Если вам нужны сведения только об определенном типе раскрытия информации или о раскрытии информации конкретному лицу или организации, укажите это:

Подпись физического лица, родителя несовершеннолетнего ребенка или личного представителя:

Подпись

Дата

Если эта форма подписана не самим человеком или родителем несовершеннолетнего, а личным/законным представителем или опекуном, **вы должны также представить документы**, подтверждающие ваше право действовать от имени или по поручению человека в отношении его медицинского обслуживания/PHI, такие как действительное разрешение HIPAA, доверенность на принятие решений о медицинском обслуживании или документы об опекуновстве. **Кроме того, необходимо предоставить следующую информацию:**

Имя и фамилия уполномоченного представителя, его адрес и сведения о том, кем представитель приходится лицу, в интересах которого подается данный запрос (печатными буквами):

Отправьте заполненную и подписанную форму запроса по адресу:

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

H0504_13-RU_144D 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

S2468_13-RU_144D 07052013

A55568XLB-RU_0923