



# Պաշտպանված առողջապահական տեղեկատվության հասանելիության հարցում

Դուք իրավունք ունեք մուտքի թույլտվություն խնդրելու՝ ստուգելու կամ ձեռք բերելու Ձեր PHI-ի պատճենը, որը Blue Shield of California-ն պահպանում է արձանագրությունների համար նշանակված շտեմարանում: Արձանագրությունների համար նշանակված շտեմարանն արձանագրությունների այն խումբն է, որը պահպանվում է Blue Shield of California-ի կողմից կամ դրա համար, ներառյալ անդամագրում, վճարում, հայցերի վերաբերյալ վճիռներ, գործի կամ բժշկական կառավարման արձանագրություններ կամ այլ տեղեկություններ, որոնք մենք օգտագործում ենք Ձեր վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար: Ձեզ գրավոր կերպով կտեղեկացնեն, թե արդյոք Ձեր հարցումը բավարարվել կամ մերժվել է, ներառյալ ցանկացած մերժման պատճառները:

Դուք իրավունք չունեք ստուգելու կամ պատճենելու հոգեթերապիային վերաբերող որևէ տվյալ, տեղեկատվություն, որը կազմվել է ողջամիտ ակնկալիքով կամ օգտագործելու քաղաքացիական, քրեական կամ վարչական գործողության կամ վարույթի ընթացքում, կամ տեղեկատվություն, որը ենթակա է Ձեզ բացահայտման համաձայն 1988 թվականի կլինիկական լաբորատոր բարելավումների ծրագրի փոփոխությունների:

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ մենք չենք պահպանում բժշկական արձանագրությունները: Դուք պետք է դիմեք Ձեր առողջապահական խնամքի մատակարարին կամ հաստատությանը՝ Ձեր բժշկական փաստաթղթերի պատճենները կամ դրանց մուտքի թույլտվությունը ստանալու համար:

## Հարցում ներկայացնող անհատը.

Անուն՝ \_\_\_\_\_

Բաժանորդի նույնականացման համարը՝ \_\_\_\_\_

Հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար \_\_\_\_\_ Ծննդյան ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

- Արդյոք սա ստուգման, թե՞ տվյալների պատճենը ստանալու հարցում է:  Ստուգել  Պատճենները
- Ի՞նչ տարբերակով եք ցանկանում ստանալ պատճենները:  Թղթային  Էլեկտրոնային (հնարավորության դեպքում)
- Եթե հնարավոր լինի տրամադրել էլեկտրոնային օրինակներ, ի՞նչ ձևաչափով կնախընտրեք ստանալ դրանք: (Հնարավոր է մենք չկարողանանք բավարարել հատուկ էլեկտրոնային ձևաչափով տրամադրման հարցումները, սակայն կանենք հնարավորը դա անելու համար):

*Ես հասկանում եմ, որ եթե տվյալների պատճենները տրամադրելու վերաբերյալ իմ հարցումը բավարարվի, ինձնից կարող են պահանջել վճարել ողջամիտ և ծախսերի վրա հիմնված գումար՝ պատճենահանման համար (ներառյալ պարագաների և աշխատանքի արժեքը) և/կամ փոստային առաքման համար, և որ Blue Shield-ը նախապես կտեղեկացնի ինձ, եթե վճար է պահանջվում:*

## Անհատի կամ անձնական ներկայացուցչի ստորագրությունը.

<p><b>Ստորագրություն</b></p> <p>Եթե այս ձևաթուղթը ստորագրված է մեկ այլ անձի, այլ ոչ թե անհատի կամ անչափահաս երեխայի ծնողի կողմից, օրինակ անձնական/օրինական ներկայացուցչի կամ խնամակալ, ապա Դուք պետք է <b>ներկայացնեք փաստաթղթեր</b>, որոնք ցույց են տալիս Ձեր լիազորումը գործելու անհատի անունից կամ նրա փոխարեն կապված նրա առողջական խնամքի/PHI-ի հետ: Նման փաստաթուղթ կարող է հանդիսանալ վավեր HIPAA լիազորումը, առողջապահական լիազորագիրը կամ խնամակալության թղթերը: <b>Խնդրում ենք տրամադրել նաև հետևյալ տեղեկությունները.</b></p> <p>Ներկայացուցչի անունը, հասցեն և կապը այն անհատի հետ, ում համար ներկայացվում է տվյալ հարցումը (տպագիր)</p>	<p><b>Ամսաթիվ</b></p>
---	-----------------------