

درخواست دسترسی به اطلاعات درمانی محافظت شده

شما حق درخواست دسترسی برای بازرسی یا دریافت یک کپی از PHI خود را که Blue Shield of California در یک مجموعه سوابق مشخصی نگهداری می‌کند، دارید. مجموعه سوابق مشخص، گروهی از سوابق شامل اطلاعات ثبت‌نام، پرداخت، تصمیم‌گیری در مورد مطالبات، پرونده‌ها یا سوابق مدیریت پزشکی، یا سایر اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری درباره شما استفاده می‌کنیم هستند، که توسط یا برای Blue Shield of California نگهداری می‌شوند. ما پذیرفته شدن یا عدم تأیید درخواست شما را با ذکر دلایل عدم تأیید درخواست، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.

شما اجازه ندارید هیچ یک از یادداشت‌های روان‌درمانی و اطلاعاتی که برای پیش‌بینی یا استفاده در یک اقدام یا دادرسی مدنی، جنایی یا اداری گردآوری شده باشد، یا اطلاعاتی که تحت قانون اصلاحات بهبود آزمایشگاه‌های بالینی در سال 1988 مشمول افشا به شما نیستند را، بررسی یا کپی کنید.

لطفاً توجه داشته باشید که ما سوابق پزشکی را نگهداری نمی‌کنیم. برای درخواست کپی از سوابق پزشکی خود یا دسترسی به آنها، باید با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی یا مرکز درمانی خود تماس بگیرید.

شخص تقاضاکننده درخواست:

نام:

شماره اشتراک:

نشانی:

شماره تلفن

تاریخ تولد:

- آیا این درخواست برای بازرسی یا دریافت کپی از سوابق است؟ بازرسی کپی
 - مایلید کپی‌ها را به چه صورتی دریافت کنید؟ کاغذ الکترونیکی (در صورت وجود)
 - اگر نسخه الکترونیکی موجود باشد، ترجیح می‌دهید آنها را در چه قالبی دریافت کنید؟ (ممکن است نتوانیم به درخواست برای برخی از قالب‌های الکترونیکی خاص پاسخ دهیم، اما تلاش معقولی برای انجام این کار انجام خواهیم داد):
- متوجه هستیم که اگر درخواست من برای کپی سوابق پذیرفته شود، ممکن است لازم باشد که بابت هزینه کپی (شامل هزینه لوازم و نیروی کار) و/یا هزینه پست، مبلغی معقول و بر اساس کارمزدهای مشخص شده، بپردازم و *Blue Shield* در صورت نیاز به پرداخت هزینه، از قبل به من اطلاع می‌دهد.

امضای فرد یا نماینده شخصی:

تاریخ

امضاء

اگر این فرم توسط شخصی به غیر از خود شخص یا اولیای کودک صغیر از قبیل نماینده شخصی/قانونی یا قیم امضاء شود، باید مدرکی را که حق شما را برای اقدام از طرف فرد در رابطه با مراقبت‌های درمانی/PHI آنها نشان می‌دهد مانند مجوز معتبر HIPAA، وکالت‌نامه مراقبت‌های درمانی، یا اسناد سرپرستی، تسلیم نمایید. همچنین لطفاً اطلاعات زیر را ارائه کنید:

نام، آدرس، و نسبت نماینده با فردی که این درخواست برای او ارسال شده است (با حروف خوانا):

درخواست تکمیل شده و امضاء شده را به این نشانی ارسال نمایید:

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

H0504_13-FA_144C 07052013

S2468_13-FA_144C 07052013

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

A55571XLB-FA_0923