

# 健康信息使用 或披露授权书



**A. 使用本表格授权 Blue Shield of California、Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 以及它们的业务伙伴（合称“Blue Shield”）使用您的健康信息或向其他人士或组织披露您的健康信息。**

## 1. 将被披露信息的个人（“会员”）。

会员姓名及地址：  
\_\_\_\_\_

投保人 ID 号码：  
\_\_\_\_\_

出生日期：  
\_\_\_\_\_

## 2. 谁获得授权可接收会员信息（“接收方”）？

接收方的名称与地址：  
\_\_\_\_\_

接收方与会员的关系：  
\_\_\_\_\_

## 3. 可能向接收方披露哪些信息？（勾选一项）

**Blue Shield** 保有的任何或所有信息。该类信息可能包含与会员的医疗护理、诊断、医疗护理提供者、保险或福利索赔/付款，及/或财务/账单信息有关的信息。  
*除在下方特别批准，该类信息不包含敏感信息。*

仅限 **Blue Shield** 保有的以下信息，或以下类型的信息（请注明）：  
\_\_\_\_\_

## 4. 接收方是否有接收敏感信息的授权？

否 – 跳到第 5 部分

是 – 填写以下 (a) 或 (b) – 不可同时选择两个。本人特别授权接收方接收：

a.  心理疗法记录 – 如果您勾选了此方框，则您不可再勾选以下 b. 部分的任何其他方框。心理疗法记录的披露授权不可与任何其他类型的信息的披露授权同时使用。跳到第 5 部分。

b.  请仅在您未勾选上方的 4(a) 方框，且您希望授权披露以下任何类型的敏感信息（勾选所有适用选项）的情况下填写本部分：

<input type="checkbox"/> 人工流产	<input type="checkbox"/> 酒精/药物滥用	<input type="checkbox"/> 基因信息
<input type="checkbox"/> HIV/艾滋病	<input type="checkbox"/> 心理健康	<input type="checkbox"/> 怀孕
<input type="checkbox"/> 性、身体或精神虐待	<input type="checkbox"/> 性传播疾病	

12 岁或 12 岁以上未成年人的父母/法定监护人须知：在未获得未成年人亲自书面授权的情况下，您可能无法获得或授权与该名未成年相关的特定类型的敏感信息的使用或披露。该类信息包含以上列出的敏感信息类型，以及有关传染病、强奸/性侵犯以及特定门诊心理健康咨询/治疗的信息。如果未成年人为 17 岁或 17 岁以上，与家庭暴力以及捐血相关的信息的披露也需要由未成年授权。

### 5. 申请使用或披露信息的目的是什么？

- 信息与本人相关，应在本人的要求下使用或披露
- 用以解决索赔争议或上诉
- 其他（请注明）：

### B. 失效及撤销

除非在此处特别注明不同日期，本授权书将自您的签署日期（见下方）起，在一年内保持效力：

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

您有权随时通过书面通知 Blue Shield 的方式撤销本授权书。撤销本授权书将不会影响我们在收到您的撤销申请前，对您的信息的使用或披露。如果本授权书是由父母一方或法定监护人代表未成年发出，则其将在未成年的 18 岁生日失效。

## C. 签名

本人已阅读本表格，本人理解并同意其条款。本人指示 Blue Shield of California 按以上指示，使用或向注明的接收方披露信息。本人理解，本人的信息一经披露，接收方可能再次披露本人的信息，且该等信息可能不再受隐私法的保护，包括 1996 年颁布的联邦 Health Insurance Portability and Accountability Act（健康保险隐私及责任法案）。

本人理解，Blue Shield 不得以本人是否签署本授权书作为健康计划付款、投保或福利资格判定的条件。

---

签名

日期

---

正楷书写姓名

## D. 个人或法定代表人或监护人

如果本表格的签署方并非会员本人或未成年人的父母，例如签署方为个人/法定代表人、监护人或遗嘱执行人，则您还必须提交法律文件，证明您有权代表会员（或会员遗产）授权使用或披露会员的健康信息。该等文件可能包含以下示例：1) 持久医疗护理委托书；2) 经法院判定监护权的当前有效文件证明；3) 其他证明您可以代表会员（或会员遗嘱）行事的有效法律文件。

请填写完成以下各项：

代表人的姓名（正楷书写）：

与会员的关系：

提交的文件类型：

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 Customer Care  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

Blue Shield of California 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 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 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。