

Cho phép Sử dụng hoặc Tiết lộ Thông tin Sức khỏe



A. Sử dụng mẫu đơn này để ủy quyền cho phép Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, và các công ty liên kết kinh doanh của họ (gọi chung là “Blue Shield”) sử dụng hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của bạn cho một cá nhân hoặc tổ chức khác.

1. Người có thông tin được tiết lộ (“Thành viên”).

Tên và địa chỉ của thành viên:

Số ID Người đăng ký:

Ngày sinh:

2. Người được ủy quyền tiếp nhận thông tin của Thành viên (“Người nhận”).

Tên và địa chỉ của người nhận:

Quan hệ của Người nhận với Thành viên:

3. Thông tin nào có thể được tiết lộ cho Người nhận? (Chọn một)

☐ **Bất kỳ hoặc tất cả thông tin mà Blue Shield lưu trữ.** Thông tin được tiết lộ có thể bao gồm thông tin liên quan đến chăm sóc y tế, chẩn đoán, người cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, yêu cầu bồi thường/thanh toán bảo hiểm hoặc phúc lợi và/hoặc thông tin tài chính/hóa đơn. *Thông tin được tiết lộ không bao gồm các Thông tin nhạy cảm trừ khi được chấp thuận cụ thể dưới đây.*

☐ **Chỉ tiết lộ các Thông tin hoặc các loại Thông tin do Blue Shield lưu dưới đây (ghi rõ):**

4. Người nhận có được ủy quyền tiếp nhận Thông tin nhạy cảm của Thành viên hay không?

☐ **KHÔNG – CHUYỂN TỚI PHẦN 5**

☐ **CÓ – Hoàn thành phần (a) HOẶC (b) bên dưới – quý vị không thể chọn cả hai. Tôi đặc biệt cho phép Người nhận tiếp nhận:**

a. ☐ **Hồ sơ ghi chép về trị liệu tâm lý – Nếu chọn ô này, quý vị không được chọn bất kỳ ô nào trong phần b. bên dưới. Chấp thuận công bố hồ sơ ghi chép về trị liệu tâm lý không nhất thiết phải kết hợp với Chấp thuận cho phép tiết lộ bất kỳ loại thông tin nào khác. CHUYỂN TỚI PHẦN 5.**

Y0118_21_555A_C_VI_08172021

b. ☐ CHỈ điền phần này **NẾU** quý vị không chọn ô 4(a) ở trên, và quý vị muốn cho phép tiết lộ bất kỳ loại Thông tin Nhạy cảm nào dưới đây (chọn tất cả nếu phù hợp):

☐ Phá thai	☐ Nghiện rượu/ma túy	☐ Thông tin di truyền
☐ HIV/AIDS	☐ Sức khỏe tâm thần	☐ Mang thai
☐ Lạm dụng tình dục, lạm dụng thể chất hoặc tâm thần		☐ Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Lưu ý cho phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên 12 tuổi: Bạn có thể không thể không nhận được hoặc không được phép sử dụng hoặc tiết lộ một số loại Thông tin nhạy cảm về trẻ vị thành niên nếu không có ủy quyền bằng văn bản của trẻ. Thông tin nói trên có thể bao gồm các loại Thông tin nhạy cảm được liệt kê ở trên và thông tin về bệnh truyền nhiễm, tấn công tình dục/hãm hiếp, và các biện pháp tư vấn/điều trị ngoại trú về sức khỏe tâm thần nhất định. Đối với trường hợp trẻ vị thành niên từ 17 tuổi trở lên, quý vị phải được trẻ cho phép trước khi có thể tiết lộ các thông tin liên quan đến bạo lực gia đình và hiếp dâm.

5. Mục đích sử dụng hoặc tiết lộ Thông tin theo yêu cầu là gì?

- ☐ Thông tin về tôi và được sử dụng hoặc tiết lộ theo yêu cầu của tôi
- ☐ Để giải quyết xung đột yêu cầu bảo hiểm hoặc khiếu nại
- ☐ Mục đích khác (ghi rõ):

B. Hết hạn và thu hồi

Ủy quyền này sẽ có hiệu lực trong vòng một năm kể từ ngày bạn ký (dưới đây) trừ khi có ngày khác được quy định dưới đây:

____/____/____

Quý vị có quyền thu hồi Ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo cho Blue Shield bằng văn bản. *Việc thu hồi Ủy quyền này sẽ không ảnh hưởng đến thông tin chúng tôi sử dụng hoặc tiết lộ trước khi chúng tôi nhận được yêu cầu thu hồi của bạn.* Nếu Ủy quyền này được cấp bởi phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp thay mặt cho trẻ vị thành niên, Ủy quyền sẽ hết hiệu lực vào ngày sinh nhật 18 tuổi của trẻ.

C. Chữ ký

Tôi đã đọc mẫu đơn này và tôi hiểu, đồng ý với các điều khoản. Tôi cho phép Blue Shield of California sử dụng hoặc tiết lộ thông tin cho Người nhận theo chỉ định ở trên. Tôi hiểu rằng sau khi Thông tin của tôi được tiết lộ, thông tin đó có thể được Người nhận tái tiết lộ và không còn được bảo vệ bởi pháp luật quyền riêng tư, bao gồm Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế năm 1996) của Liên Bang.

Tôi hiểu rằng Blue Shield có thể không đưa ra điều kiện thanh toán, ghi danh trong một chương trình bảo hiểm sức khỏe, hoặc tính đủ điều kiện cho các quyền lợi trên cho dù tôi ký Ủy quyền này hay không.

Chữ ký

Ngày

Tên viết in

D. Đại diện hoặc Người giám hộ hợp pháp hoặc cá nhân

Nếu mẫu đơn này do một người không phải Thành viên hoặc phụ huynh của trẻ vị thành niên ký, chẳng hạn như một đại diện cá nhân/hợp pháp, người giám hộ hoặc người thực thi, **quý vị cũng phải đệ trình hồ sơ pháp lý** chứng minh thẩm quyền thay mặt cho Thành viên (hoặc người kế thừa của Thành viên) cho phép sử dụng hoặc tiết lộ Thông tin sức khỏe của Thành viên. Tài liệu đó có thể bao gồm, ví dụ: 1) Giấy Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe dài hạn; 2) lệnh trao quyền giám hộ của Tòa án có hiệu lực hiện hành; hoặc 3) tài liệu pháp lý hợp lệ chứng minh thẩm quyền thay mặt cho Thành viên (hoặc người thừa kế của Thành viên).

Xin vui lòng điền đầy đủ phần dưới đây:

Tên Người đại diện (viết in):

Quan hệ với Thành viên:

Loại tài liệu đệ trình:

Giữ một bản sao Ủy quyền này trong hồ sơ của bạn.

Gửi lại biểu mẫu Ủy quyền đã điền đủ thông tin và ký tên tới:

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。