

Cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe

Sử dụng biểu mẫu này để cho phép Blue Shield of California, Công ty Bảo hiểm Sức khỏe và Nhân thọ Blue Shield of California và các đối tác kinh doanh của họ (gọi chung là “Blue Shield”) tiết lộ thông tin sức khỏe của quý vị cho những người hoặc tổ chức khác.

1. Thông tin hội viên

Tên hội viên:

Địa chỉ hội viên:

Số ID người đăng ký:

Ngày sinh:

2. Ai có thể nhận được thông tin?

Tên người nhận:

Địa chỉ người nhận:

Quan hệ của người nhận với Hội viên:

3. Mục đích của việc hoàn thành biểu mẫu này là gì? (Đánh dấu một lựa chọn)

- ☐ Sự cho phép mới (tới mục số 4)
☐ Thu hồi sự cho phép hiện có (bỏ qua tới mục số 7)

4. Mục đích của việc tiết lộ thông tin là gì? (Đánh dấu một lựa chọn)

- ☐ Theo yêu cầu của tôi – không có mục đích cụ thể
☐ Mục đích cụ thể: _____

5. Thông tin nào có thể được chia sẻ với người nhận? (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)

- ☐ Bản giải thích về quyền lợi
☐ Thông tin xin bồi hoàn
☐ Thông tin hóa đơn phí bảo hiểm
☐ Quản lý hồ sơ
☐ Bất kỳ hoặc tất cả thông tin Blue Shield hiện lưu giữ. Có thể bao gồm thông tin liên quan đến việc chăm sóc y tế, chẩn đoán bệnh, nhà cung cấp dịch vụ, xin bồi hoàn/thanh toán bảo hiểm hoặc quyền lợi và/hoặc thông tin tài chính/hóa đơn. Không bao gồm thông tin nhạy cảm trừ khi có phê duyệt cụ thể dưới đây.
☐ Khác (ghi rõ): _____

6. Người nhận có được phép nhận thông tin nhạy cảm không? (Đánh dấu một lựa chọn)

- ☐ Không
- ☐ Có (Đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp)
- ☐ Bệnh truyền nhiễm và lây nhiễm
 - ☐ Chăm sóc sức khỏe cho người chuyển giới
 - ☐ Thông tin di truyền
 - ☐ HIV/AIDS
 - ☐ Sức khỏe tâm thần hoặc hành vi
 - ☐ Sức khỏe sinh sản và tình dục
 - ☐ Lạm dụng tình dục, thể chất hoặc tinh thần, bao gồm cả bạo hành từ bạn đời
 - ☐ Các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục
 - ☐ Rối loạn sử dụng chất gây nghiện (rượu/ma túy)

7. Hết hạn và thu hồi

Tôi muốn sự cho phép này kết thúc vào _____. (hết hạn vào: ____/____/____)

Nếu không chọn ngày, sự cho phép này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký bên dưới. Bạn có quyền thu hồi sự cho phép này bất cứ lúc nào bằng cách thông báo cho Blue Shield bằng văn bản. Khi thu hồi sự cho phép, việc này sẽ không ảnh hưởng đến thông tin chúng tôi tiết lộ trước khi chúng tôi nhận được yêu cầu thu hồi của quý vị. Nếu cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp thay mặt cho trẻ vị thành niên cung cấp sự cho phép này thì sự cho phép này sẽ hết hạn vào ngày sinh nhật thứ mười tám của trẻ vị thành niên.

8. Chữ ký của hội viên hoặc người đại diện theo pháp luật

Tôi đã đọc biểu mẫu này và tôi hiểu cũng như đồng ý với các điều khoản. Tôi chỉ định Blue Shield of California tiết lộ thông tin cho người nhận đã nêu theo hướng dẫn ở trên. Tôi hiểu rằng khi thông tin của tôi được tiết lộ, người nhận có thể tiết lộ tiếp và thông tin có thể không còn được bảo vệ theo các luật về quyền riêng tư, bao gồm cả Đạo luật về trách nhiệm và khả năng chuyển đổi của bảo hiểm sức khỏe năm 1996 của liên bang. Tôi hiểu điều rằng Blue Shield không được ra điều kiện về thanh toán, đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc tính hội đủ điều kiện nhận quyền lợi đối với việc tôi có ký vào bản cho phép này hay không.

Chữ ký

Ngày

Tên viết in hoa

Nếu người đại diện hợp pháp đã ký vào biểu mẫu này, vui lòng cung cấp tên và mối quan hệ của người đại diện với hội viên (cha mẹ, quyền giám hộ theo lệnh của tòa án, Người được ủy quyền cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, v.v.):

Nếu một người không phải là hội viên hoặc cha mẹ của trẻ vị thành niên đã ký biểu mẫu này, chẳng hạn như người đại diện cá nhân/hợp pháp, người giám hộ hoặc người thi hành, **quý vị cũng phải gửi tài liệu pháp lý** cho thấy quý vị có quyền hành động thay mặt cho Hội viên (hoặc di sản của Hội viên) tiết lộ thông tin sức khỏe. Các tài liệu như vậy có thể bao gồm, ví dụ:

1. Giấy ủy quyền về chăm sóc sức khỏe
2. Tài liệu hiện hành, hợp lệ về quyền giám hộ theo lệnh của tòa án; hoặc
3. Tài liệu pháp lý hợp lệ khác thể hiện thẩm quyền của quý vị hành động thay mặt Hội viên (hoặc di sản của Hội viên)

Giữ một bản sao biểu mẫu cho phép để lưu vào hồ sơ của quý vị.

Gửi lại biểu mẫu cho phép đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký cho:

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。