

## 건강 정보 공개 승인

Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company 및 그 협력업체 (총칭하여 'Blue Shield')가 귀하의 건강 정보를 다른 사람이나 조직에 공개하는 것을 승인하시려면 이 양식을 사용하십시오.

### 1. 가입자 정보

가입자 이름:

가입자 주소:

가입자 ID 번호:

생년월일:

### 2. 누가 정보를 받을 수 있습니까?

수신인 이름:

수신인 주소:

수신인과 가입자와의 관계:

### 3. 본 양식을 작성하는 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

신규 승인(4번으로 진행하십시오)

기존 승인 취소(7번으로 건너뛰십시오)

### 4. 정보 공개의 목적은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

본인의 요청에 따라 - 특정 목적 없음

특정 목적: \_\_\_\_\_

### 5. 수신인과 어떤 정보를 공유할 수 있습니까? (해당하는 모든 항목을 선택하십시오)

혜택 설명

청구정보

보험료 청구 정보

케이스 관리

Blue Shield가 유지하는 모든 정보 또는 일부 정보. 여기에는 귀하의 치료, 진단, 의료제공자, 보험 또는 혜택 청구/지불 및/또는 재정/청구 정보와 관련된 정보가 포함될 수 있습니다. 아래에서 특별히 승인하지 않는 한 민감한 정보는 여기에 포함되지 않습니다.

기타(구체적으로 기재하십시오): \_\_\_\_\_

6. 수신인이 민감한 정보를 수신할 권한이 있습니까? (하나를 선택하십시오)

아니요

예(해당하는 모든 항목을 선택하십시오)

- 전염성 및 감염성 질환
- 성인지적 치료
- 유전 정보
- HIV/에이즈
- 정신 또는 행동 건강
- 성 및 생식 건강
- 친밀한 파트너의 폭력을 포함한 성적, 신체적, 정신적 학대
- 성매개 감염
- 약물 사용 장애(알코올/마약)

7. 만료 및 철회

본인은 이 승인이 \_\_\_\_\_ 에 종료되기를 원합니다(형식: \_\_/\_\_/\_\_)  
날짜를 선택하지 않으면 승인은 아래 서명 날짜로부터 1년 후에 만료됩니다. 귀하는 서면으로 Blue Shield에 통지함으로써 언제든지 이 승인을 취소할 권리가 있습니다. 이 승인을 취소하는 것은 저희가 귀하의 취소 요청을 받기 전에 공개하는 정보에 영향을 미치지 않습니다. 미성년자를 대신하여 부모 또는 법적 후견인이 본 승인을 하는 경우, 이는 해당 미성년자의 18번째 생일에 만료됩니다.

8. 가입자 또는 법적 대리인의 서명

본인은 본 양식을 읽었으며 이 약관을 이해하고 동의합니다. 본인은 Blue Shield of California가 상기 지시된 대로 명시된 수신인에게 정보를 공개할 것을 지시합니다. 본인은 본인의 정보가 한번 공개된 후에는 수신인에 의해 재공개될 수 있으며, 더 이상 연방 1996년 건강보험 이전과 책임에 관한 법률 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)을 포함한 개인 정보 보호 법률에 의해 보호받지 못할 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 Blue Shield가 이 승인서에 대한 본인의 서명 여부에 따라 지불, 건강플랜 가입 또는 혜택 자격에 제한을 둘 수 없다는 것을 이해합니다.

\_\_\_\_\_

서명

\_\_\_\_\_

날짜

\_\_\_\_\_

이름(정자체)

법적 대리인이 이 양식에 서명한 경우 대리인의 이름과 가입자와의 관계(부모, 법원 명령을 받은 후견인, 의료 위임장 등)를 제공하십시오.

\_\_\_\_\_

개인/법적 대리인, 후견인 또는 집행인 등 가입자 또는 미성년자의 부모가 아닌 사람이 이 양식에 서명한 경우, 귀하는 귀하가 가입자(또는 가입자의 재산)를 대리하여 건강 정보를 공개할 수 있는 권한을 증명하는 **법적 문서 또한 반드시 제출해야 합니다**. 그러한 문서에는 다음이 포함될 수 있습니다.

1. 의료 위임장
2. 법원이 명령한 후견에 대한 현시점의 유효한 문서, 또는
3. 가입자(또는 가입자의 재산)를 대리하여 행동할 수 있는 귀하의 권한을 증명하는 기타 유효한 법적 문서

---

귀하의 기록을 위해 승인 양식의 사본을 보관하십시오.  
승인 양식을 작성하고 서명하여 다음 주소로 보내주십시오.

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。