

Բժշկական տվյալների փոխանցման թույլտվություն

Օգտագործեք այս ձևը՝ թույլատրելու համար Blue Shield of California-ին, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company-ին և նրանց բիզնես գործընկերներին (միասին՝ «Blue Shield»)՝ ձեր բժշկական տվյալները փոխանցելու մեկ այլ անձի կամ կազմակերպության:

1. Անդամի տվյալները

Անդամի անունը՝ _____

Անդամի հասցեն՝ _____

Բաժանորդի ID համարը՝ _____

Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____

2. Ո՞վ կարող է ստանալ տեղեկատվությունը:

Ստացողի անունը՝ _____

Ստացողի հասցեն՝ _____

Ստացողի կապը անդամի հետ՝ _____

3. Ո՞րն է այս ձևը լրացնելու նպատակը: (Նշեք մեկ տարբերակ)

Նոր թույլտվություն (անցեք 4-րդ կետին)

Չեղարկել գոյություն ունեցող թույլտվությունը (անցեք 7-րդ կետին)

4. Ի՞նչ նպատակ է հետապնդում տեղեկատվության բացահայտումը: (Նշեք մեկ տարբերակ)

Իմ խնդրանքի համաձայն. ոչ մի կոնկրետ նպատակ չի հետապնդում

Հետապնդում է կոնկրետ նպատակ՝ _____

5. Ի՞նչ տեղեկատվություն կարող է փոխանցվել ստացողին: (Նշեք բոլոր տարբերակները, որոնք կիրառելի են)

Նպաստների բացատրություն

Հայցադիմումների մասին տեղեկատվություն

Ապահովագրավճարների մասին տեղեկատվություն

Գործի վարման հետ կապված տեղեկատվություն

Blue Shield-ի տրամադրության տակ գտնվող ցանկացած կամ ամբողջ տեղեկատվությունը:

Այստեղ կարող են մտնել այնպիսի տեղեկություններ, որոնք վերաբերում են ձեր բուժօգնությանը, ախտորոշմանը, բուժժառայություններ մատուցողներին, ապահովագրությանը կամ նպաստների հետ կապված պահանջներին/վճարումներին և/կամ ֆինանսական/վճարային տեղեկատվությանը: Այստեղ չեն մտնում խիստ անձնական տեղեկությունները, եթե ստորև այդ մասին հատուկ նշված չէ:

Այլ (նշեք, ներառյալ կոնկրետ ամսաթվերի միջակայքը, եթե կիրառելի է): _____

6. Ստացողն իրավունք ունի՞ ստանալու խիստ անձնական տեղեկատվություն: (Նշեք մեկ տարբերակ)

Ոչ

Այո (Նշեք բոլոր տարբերակները, որոնք կիրառելի են)

- Վարակիչ հիվանդության մասին տեղեկատվություն
- Գենդերային պատկանելությանը համապատասխան բուժխնամքի մասին տեղեկատվություն
- Գենետիկ տեղեկատվություն
- ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի մասին տեղեկատվություն
- Հոգեկան կամ վարքագծային խանգարումների մասին տեղեկատվություն
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվություն - Այլ
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվություն - Հղիության ընդհատում
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվություն - Հղիության ընդհատում - կապակցված ծառայություններ
- Սեռական և վերարտադրողական առողջության մասին տեղեկատվություն - Հակաբեղմնավորիչ միջոցներ
- Սեռական, ֆիզիկական կամ հոգեբանական բռնության (այդ թվում՝ գուգրնկերոջ կողմից) մասին տեղեկատվություն
- Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների մասին տեղեկատվություն
- Հոգեմետ միջոցների (ալկոհոլ/թմրամիջոցներ) օգտագործման հետ կապված խանգարումների մասին տեղեկատվություն

7. Գործողության ժամկետի ավարտ և չեղարկում

Ես ցանկանում եմ, որպեսզի այս թույլտվության գործողության ժամկետը սահմանվի մինչև _____: (ավարտի ամսաթիվ՝ ___/___/___)

Եթե որևէ ամսաթիվ ընտրված չէ, թույլտվության ժամկետը կլրանա ստորև նշված ստորագրման օրվանից մեկ տարի հետո: Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի չեղարկել այս թույլտվությունը՝ գրավոր տեղեկացնելով այդ մասին Blue Shield-ին: Այս թույլտվության չեղարկումը չի ազդի այն տեղեկատվության վրա, որը մենք բացահայտել ենք՝ նախքան ձեր չեղարկման հայցը ստանալը: Եթե այս թույլտվությունը տրվում է ծնողի կամ օրինական խնամակալի կողմից անչափահասի անունից, դրա գործողության ժամկետը կլրանա անչափահասի տասնութ տարին լրանալուն պես:

8. Անդամի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Ես կարդացել եմ այս ձևը, հասկացել եմ և համաձայն եմ դրա պայմաններին: Ես համաձայն եմ, որպեսզի Blue Shield of California-ն փոխանցի տվյալները նշված ստացողին՝ ինչպես ներկայացված է վերևում: Ես հասկանում եմ, որ երբ իմ տվյալները փոխանցվեն, դրանք կարող են նորից փոխանցվել ստացողի կողմից և այլևս պաշտպանված չլինել անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանման մասին օրենքով, այդ թվում՝ 1996 թվականին ընդունված Health Insurance Portability and Accountability Act (Առողջության ապահովագրության համակարգում տվյալների փոխանցման և հաշվետվողականության մասին) դաշնային օրենքով: Ես հասկանում եմ, որ այս թույլտվության ստորագրումը իմ կողմից չի կարող նախապայման հանդիսանալ Blue Shield-ի համար, որպեսզի ինձ վճարումներ կատարի, առողջապահական պլանում գրանցի կամ նպաստներ տրամադրի:

Ստորագրություն

Ամսաթիվ

Տպատառ գրված անունը

Եթե օրինական ներկայացուցիչն է ստորագրել այս ձևը, նշեք ներկայացուցչի անունը և կապը անդամի հետ (ծնող, դատարանի որոշմամբ խնամակալ, բուժխնամքի լիազոր և այլն):

Եթե այս ձևը ստորագրված է անդամից կամ անչափահասի ծնողից բացի այլ անձի կողմից, օրինակ՝ անձնական/օրինական ներկայացուցչի, խնամակալի կամ կտակակատարի կողմից, **դուք պետք է ներկայացնեք նաև իրավական փաստաթղթեր**, որոնք ցույց կտան անդամի անունից (կամ անդամի շահերից) հանդես գալու ձեր լիազորությունը բժշկական տեղեկատվության բացահայտման հետ կապված: Այդ փաստաթղթերի մեջ մտնում են

1. Բուժխնամքի լիազորագիր
2. Խնամակալության վերաբերյալ դատարանի որոշման մասին գործող, վավեր փաստաթուղթ, կամ
3. Այլ վավեր իրավական փաստաթղթեր, որոնք ցույց են տալիս անդամի անունից (կամ անդամի շահերից) հանդես գալու ձեր իրավասությունը

Պահեք թույլտվության ձևի օրինակը ձեզ մոտ՝ հետագայում օգտվելու համար:
Լրացված և ստորագրված թույլտվության ձևն ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Blue Shield of California Customer Service
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。

Ընկերությունը հետևում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքի գործող օրենքներին և խտրականություն չի դնում, մերժում կամ այլ կերպ վերաբերվում մարդկանց ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության, էթնիկական, առողջական վիճակի, գենետիկ ինֆորմացիայի, ծագման, կրոնի, սեռի, ամուսնական կարգավիճակի, գենդերի, գենդերային ինքնության, սեռական կողմնորոշման, տարիքի, մտավոր կամ ֆիզիկական հաշմանդամության հիմքերով: