



Разрешение на раскрытие медицинской информации

Используйте эту форму, чтобы уполномочить Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company и их деловых партнеров (совместно именуемые «Blue Shield») раскрыть вашу медицинскую информацию другому лицу или организации.

1. Информация об участнике

Имя участника:

Адрес участника:

Идентификационный номер подписчика:

Дата рождения:

2. Кто может получать информацию?

Имя получателя:

Адрес получателя:

Отношение получателя к участнику:

3. Какова цель заполнения этой формы? (Отметьте один вариант)

☐ Новое разрешение (перейти к пункту 4)

☐ Отмена существующего разрешения (перейти к пункту 7)

4. Какова цель раскрытия информации? (Отметьте один вариант)

☐ По моей просьбе - без конкретной цели

☐ Конкретная цель: _____

5. Какая информация может быть передана получателю? (Отметьте все, что применимо)

☐ Объяснение преимуществ

☐ Информация о претензиях

☐ Первичная платежная информация

☐ Управление кейсами

☐ Любая или вся информация, которую хранит Blue Shield Promise Health Plan. Это может включать информацию о вашем медицинском обслуживании, диагнозе, заявке на льготы или страхование, платежи и/или финансовую/платежную информацию. Это не включает конфиденциальную информацию, если это специально не одобрено ниже.

☐ Другое (Укажите, включая конкретный диапазон дат, если применимо): _____

**6. Имеет ли получатель разрешение на получение конфиденциальной информации?
(Отметьте один вариант)**

☐ Нет

☒ Да (Отметьте все, что применимо)

☐ Заразные и инфекционные заболевания

☐ Уход с учетом гендерной принадлежности

☐ Генетическая информация

☐ ВИЧ/СПИД

☐ Психическое или поведенческое здоровье

☐ Сексуальное и репродуктивное здоровье - Другое

☐ Сексуальное и репродуктивное здоровье - Аборт

☐ Сексуальное и репродуктивное здоровье - Аборт - связанные услуги

☐ Сексуальное и репродуктивное здоровье - Контрацепция

☐ Сексуальное, физическое или психологическое насилие, в том числе насилие со стороны интимного партнера

☐ Инфекции, передающиеся половым путем

☐ Расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ (алкоголь/наркотики)

7. Срок действия и отзыв

Я хочу, чтобы это разрешение прекратило действовать _____. (например: __/__/__)

Если дата не выбрана, срок действия разрешения истекает через год с даты подписания

ниже. Вы имеете право отозвать это разрешение в любое время, уведомив об этом

Blue Shield Promise Health Plan в письменной форме. Отзыв этого разрешения не повлияет

на информацию, которую мы раскроем до того, как получим от вас запрос на отзыв. Если это

разрешение дается родителем или законным опекуном от имени несовершеннолетнего, срок его действия истекает по достижении восемнадцатилетия несовершеннолетнего.

8. Подпись участника или законного представителя

Я прочитал(-а) эту форму, понимаю и согласен(-на) с ее условиями. Я поручаю Blue Shield

Promise Health Plan раскрыть информацию указанному получателю, как указано выше. Я

понимаю, что как только моя информация будет раскрыта, она может быть повторно раскрыта

получателем и больше не может быть защищена законами о конфиденциальности, включая

Health Insurance Portability and Accountability Act (федеральный Закон об ответственности

и переносе данных о страховании здоровья) граждан США от 1996 года. Я понимаю, что

Blue Shield Promise Health Plan не может обуславливать оплату, регистрацию в плане

медицинского обслуживания или право на льготы тем, подпишу ли я это разрешение.

Подпись

Дата

Имя печатными буквами

Если законный представитель подписал эту форму, пожалуйста, укажите имя представителя и отношение к участнику (родитель, опекунов по решению суда, доверенность на медицинское обслуживание и т. д.):

Если эта форма подписана кем-то, кроме участника или родителя несовершеннолетнего, например, личным/законным представителем, опекуном или душеприказчиком, **вы также должны предоставить юридические документы**, подтверждающие ваши полномочия действовать от имени Участника (или имущества Участника) для раскрытия медицинской информации. Такая документация может включать, например:

1. Доверенность на медицинское обслуживание
2. Актуальные, действительные документы об установлении опекуна в судебном порядке; или же
3. Другую действующую юридическую документацию, подтверждающую ваши полномочия действовать от имени Участника (или имущества Участника)

Сохраните копию формы разрешения для своих записей.

Верните заполненную и подписанную форму разрешения по адресу:

Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Service
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California Promise Health Plan 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 Promise Health Plan 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 Promise Health Plan 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。

План медицинского страхования Blue Shield of California Promise Health Plan соблюдает применимые законы штата и федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, происхождения, религии, пола, семейного положения, гендера, гендерной идентичности, сексуальной ориентации, возраста или инвалидности.