



Awtorisasyon para sa paglalabas ng impormasyong pangkalusugan

Gamitin ang form na ito para pahintulutan ang Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, at ang mga kasosyo nito ("Blue Shield" sa pangkalahatan) para ilabas ang impormasyong pangkalusugan mo sa ibang tao o organisasyon.

1. Impormasyon ng miyembro

Pangalan ng miyembro:

Address ng miyembro:

Numero ng ID ng subscriber:

Petsa ng kapanganakan:

2. Sino ang puwedeng tumanggap ng impormasyon?

Pangalan ng tatanggap:

Address ng tatanggap:

Relasyon sa miyembro ng tatanggap:

3. Ano ang layunin ng pagkumpleto ng form na ito? (Suriin ang isa)

☐ Bagong pahintulot (Magpatuloy sa numero 4)

☐ Magpawalang-bisa ng kasalukuyang pahintulot (Lumaktaw sa numero 7)

4. Ang ang layunin ng pagsisiwalat ng impormasyon? (Suriin ang isa)

☐ Hiniling ko - Walang partikular na layunin

☐ Partikular na layunin: _____

5. Anong impormasyon ang puwedeng ibahagi sa tatanggap? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

☐ Paliwanag ng mga benepisyo

☐ Impormasyon sa mga habol

☐ Impormasyon sa pagsingil ng premium

☐ Pamamahala ng kaso

☐ Ang anuman o lahat ng impormasyong hawak ng Blue Shield Promise Health Plan.

Posibleng kasama dito ang impormasyong nauugnay sa iyong medikal na pangangalaga, diyagnosis, mga provider, seguro, o mga habol sa benepisyo/mga pagbabayad, at/o impormasyong pampinansyal/impormasyon sa pagsingil. Hindi kasama dito ang sensitibong impormasyon maliban kung partikular na inaprubahan sa ibaba.

☐ Iba pa (Tukuyin, kabilang ang tiyak na hanay ng petsa kung naaangkop): _____

6. Pinahintulutan ba ang tatanggap na makakuha ng sensitibong impormasyon? (Suriin ang isa)

☐ Hindi

☐ Oo (Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

- ☐ Nakakahawang sakit
- ☐ Gender affirming na pangangalaga
- ☐ Henetikong impormasyon
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Kalusugan ng isip o gawi
- ☐ Kalusugang sekswal at reproductibo - Iba pa
- ☐ Kalusugang sekswal at reproductibo - Pagpapalaglag
- ☐ Kalusugang sekswal at reproductibo - Pagpapalaglag - mga kaugnay na serbisyo
- ☐ Kalusugang sekswal at reproductibo - Pagpipigil sa pagbubuntis
- ☐ Sekswal, pisikal, o mental na pang-aabuso, kabilang ang pang-aabuso ng karelasyon
- ☐ Mga impeksyong naipapasa sa pagtatalik
- ☐ Kapansanan sa paggamit ng substance (Alak/mga droga)

7. Pag-expire at pagpapawalang-bisa

Gusto kong matapos ang pahintulot na ito sa _____. (hal: ____ / ____ / ____)

Kung walang piniling petsa, mag-e-expire ang pahintulot isang taon mula sa petsa ng lagda sa ibaba. May karapatan kang ipawalang-bisa ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagsulat ng abiso sa Blue Shield Promise Health Plan. Hindi makakaapekto ang pagpapawalang-bisa ng pahintulot na ito sa impormasyong isiniwalat namin bago namin natanggap ang kahilingan mo sa pagpapawalang-bisa. Kung ibinigay ng magulang o legal na tagapangalaga ang pahintulot na ito sa ngalan ng menor-de-edad, mag-e-expire ito sa ika-18 kaarawan ng menor-de-edad.

8. Lagda ng miyembro o legal na kinatawan

Nabasa ko ang form na ito, at nauunawaan ko at sumasang-ayon ako sa mga tuntunin nito. Inaatasan ko ang Blue Shield Promise Health Plan na isiwalat ang impormasyon sa nakalistang tatanggap gaya ng iniatas sa itaas. Nauunawaan kong kapag isiniwalat ang impormasyon ko, posibleng isiwalat ito ulit ng tatanggap at posibleng hindi na ito protektado ng mga batas sa privacy, kabilang ang pederal na Health Insurance Portability and Accountability Act (Batas sa Paglilipat ng at Pananagutan sa Insurance sa Kalusugan) ng 1996. Nauunawaan kong hindi puwedeng ikundisyon ng Blue Shield Promise Health Plan ang pagbabayad, pagpapatala sa isang planong pangkalusugan, o pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo kung lalagdaan ko itong awtorisasyon.

Lagda

Petsa

Isulat nang malinaw ang pangalan

Kung nilagdaan ng legal na kinatawan ang form na ito, pakibigay ang pangalan ng kinatawan at ang relasyon niya sa miyembro (magulang, iniatas ng korteng tagapangalaga, Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan, atbp.):

Kung ang form na ito ay nilagdaan ng ibang hindi ang miyembro o magulang ng menor-de-
edad, gaya ng personal/legal na kinatawan, tagapangalaga, o tagapagpatupad, **dapat ka ring
magsumite ng legal na dokumentasyong** nagpapakita ng awtoridad mo para kumilos sa ngalan
ng Miyembro (O ari-arian ng miyembro) para maglabas ng impormasyong pangkalusugan.
Puwedeng kabilang sa ganitong dokumentasyon ang, halimbawa:

1. Power of Attorney para sa Pangangalagang Pangkalusugan
2. Kasalukuyan at valid na dokumentasyon ng iniatas ng korteng tagapangalaga; o
3. Iba pang valid at legal na dokumentasyong nagpapakita sa awtoridad mong kumilos sa
ngalan ng miyembro (O ng ari-arian ng miyembro)

Magtabi ng kopya ng form ng awtorisasyon para may rekord ka.

Ibalik ang nakumpleto at nilagdaang form ng awtorisasyon sa:

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。

Sumusunod ang Blue Shield of California Promise Health Plan sa mga naaangkop na batas ng estado at pederal na batas sa mga karapatang sibil, at hindi ito nagtatangi batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng etnikong grupo, relihiyon, kasarian, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan sa isip, o kapansanan sa katawan.