

## संरक्षित स्वास्थ्य जानकारी तक पहुँच के लिए अनुरोध

आपके पास अपनी उस PHI का निरीक्षण करने या उसकी एक प्रति प्राप्त करने हेतु पहुँच के लिए अनुरोध करने का अधिकार है जिसे Blue Shield of California एक निदिष्ट रिकॉर्ड सेट में रखती है। निदिष्ट रिकॉर्ड सेट Blue Shield of California द्वारा या इसके लिए बनाए गए रिकॉर्ड का एक समूह है, जिसमें नामांकन, भुगतान, क्लेम से जुड़े निर्णय, केस या मेडिकल प्रबंधन के रिकॉर्ड या अन्य जानकारी शामिल है जिसका उपयोग हम आपके बारे में निर्णय लेने के लिए करते हैं। आपको लिखित रूप में सूचित किया जाएगा कि आपका अनुरोध स्वीकार कर लिया गया है या अस्वीकार कर दिया गया है, जिसमें अस्वीकार करने के कारण भी शामिल होंगे।

आप किसी भी साइकोथेरेपी के नोट्स; किसी नागरिक, आपराधिक, या प्रशासनिक एक्शन या कार्यवाही की उचित प्रत्याशा में या उसमें उपयोग के लिए संकलित जानकारी; या 1988 के नैदानिक प्रयोगशाला सुधार संशोधन के तहत आपके सामने प्रकटीकरण के अधीन जो जानकारी नहीं है, उसका निरीक्षण करने या उसकी प्रति प्राप्त करने के हकदार नहीं हैं।

कृपया ध्यान दें कि हम मेडिकल रिकॉर्ड नहीं रखते हैं। आपको अपने मेडिकल रिकॉर्ड की प्रतियाँ या उनके एक्सेस का अनुरोध करने के लिए अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता या इकाई से संपर्क करना चाहिए।

### अनुरोध करने वाला व्यक्ति:

नाम:

ग्राहक आईडी नंबर:

पता:

फोन नंबर

जन्म तिथि:

- क्या यह निरीक्षण करने या रिकॉर्ड्स की एक प्रति प्राप्त करने का अनुरोध है?  निरीक्षण करना  प्रतियाँ
- आप किस रूप में प्रतियाँ प्राप्त करना चाहेंगे(गी)?  कागज़ी  इलेक्ट्रॉनिक (यदि उपलब्ध है)
- यदि इलेक्ट्रॉनिक प्रतियाँ उपलब्ध हैं, तो आप उन्हें किस फॉर्मेट में प्राप्त करना पसंद करेंगे/गी? (हो सकता है कि हम विशिष्ट इलेक्ट्रॉनिक फॉर्मेट के लिए अनुरोधों को पूरा करने में सक्षम न हों, लेकिन हम ऐसा करने का उचित प्रयास करेंगे।):

मैं समझता/ती हूँ कि यदि रिकॉर्ड्स की प्रतियों के लिए मेरा अनुरोध स्वीकार कर लिया जाता है तो मुझे प्रतियाँ बनाने के लिए उचित, लागत-आधारित शुल्क (सामान और श्रम की लागत सहित) और/या डाक शुल्क का भुगतान करना पड़ सकता है, और यह कि यदि शुल्क की आवश्यकता होगी, तो Blue Shield द्वारा मुझे पहले से सूचित किया जाएगा।

### व्यक्ति या व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर:

हस्ताक्षर

तारीख

यदि इस फॉर्म पर व्यक्ति या नाबालिग बच्चे के माता-पिता के अलावा किसी अन्य व्यक्ति, जैसे व्यक्तिगत/कानूनी प्रतिनिधि या अभिभावक द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं, तो आपको उस व्यक्ति की स्वास्थ्य देखभाल/PHI के संबंध में उनके लिए या उनकी ओर से कार्यवाही करने का अपना अधिकार दिखाने वाले दस्तावेज जमा करने होंगे जैसे कि मान्य HIPAA प्राधिकरण, हेल्थकेयर पावर ऑफ अटॉर्नी, या संरक्षण से जुड़े कागजात। कृपया निम्नलिखित जानकारी भी प्रदान करें:

प्रतिनिधि का नाम, पता और उस व्यक्ति से संबंध जिसके लिए यह अनुरोध किया जा रहा है (स्पष्ट अक्षरों में):

पूरा भरा हुआ और हस्ताक्षर किया हुआ अनुरोध यहाँ भेजें:

Blue Shield of California Privacy Office, P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

H0504\_13-HI\_144C 07052013

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

S2468\_13-HI\_144C 07052013

A55571XLB-HI\_0923