



## 允許 CALOPTIMA HEALTH 向其他個人或機構披露受保護 健康資訊 (PHI) 授權書

請填寫此表格的所有部分，以允許 CalOptima Health 向其他個人或機構披露您的受保護健康資訊 (protected health information, PHI)。此表格僅允許披露您在下方 B 部分所批准 CalOptima Health 持有的 PHI。它不會允許任何人為您做出醫療照護決定。

### A部分：會員/病人資料

名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

郵寄地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵政編碼: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ CIN號碼: \_\_\_\_\_

### B 部分：可披露的信息

說明：在您選擇的選項旁邊的方塊內標記 X。

我允許 CalOptima Health 披露以下受保護的健康資訊 (PHI)，從日期

\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ :

(月/日/年)

(月/日/年)

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 案件管理紀錄  | <input type="checkbox"/> 健康教育/疾病管理紀錄 |
| <input type="checkbox"/> 理賠/帳單紀錄 | <input type="checkbox"/> 轉診/核准紀錄     |
| <input type="checkbox"/> 客戶服務紀錄  | <input type="checkbox"/> 藥房紀錄        |
| <input type="checkbox"/> 申訴和上訴紀錄 | <input type="checkbox"/> 福利使用管理紀錄    |



\*只有您選擇以下適用的複選框並簽署姓名首字母，我們才會分享該敏感資訊。

**簽署姓名首字母**

僅心理治療紀錄。這些是紀錄或分析治療過程內容的筆記。\*\*

---

心理/行為健康資訊。

---

物質使用障礙資訊。

---

性傳染感染資訊 (包括愛滋病毒/愛滋病)。

---

性/生殖健康資訊 (包括計劃生育和性別肯定護理)。

---

性虐待或身體受虐待訊息 (包括親密伴侶暴力)。

---

對於 12 歲以上的未成年人：傳染性、感染性、傳染病或性傳染病相關的服務。

---

\* 除非您簽署姓名首字母表示同意，否則上述資訊不會被披露。

\*\* 如果您選擇披露其他資訊以及心理治療筆記，則必須另行提交一份的心理治療筆記披露授權書。

**C部分：授權目的**

我允許因以下用途披露此資訊：

個人使用

法律用途

保險用途

其他(請注明): \_\_\_\_\_



## D 部分: 獲準取得 PHI 的個人或機構:

我允許 CalOptima Health 將我的 PHI 披露給以下的個人/機構。此授權是在我簽署並交回此表格的時候開始。接收資訊的人必須年滿 18 歲或以上。

個人/機構名字: \_\_\_\_\_

與會員/病人的關係: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

## E 部分: 您的權利

- 我可以隨時透過向以下地址發送書面通知來停止此授權:  
CalOptima Health  
**Attn: Enrollment & Reconciliation**  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868
- 停止此授權的通知不會改變 CalOptima Health 在收到我的信函之前使用或披露我的 PHI 的方式。
- 從 CalOptima Health 取得我的 PHI 的個人或機構可能會將其出示給其他人。在這種情況下,我的 PHI 可能不再受 HIPAA 隱私規則的保護。
- 我不必填寫這張表格。不填寫此表格不會改變我的醫療保健福利或醫療保健服務的付款情況。
- 我有權查看或取得根據本受權所使用或披露的我的 PHI 副本。
- 我有權獲得此表格的副本。

## F 部分: 批准結束日期

向指定個人或機構披露資訊的授權將於以下日期結束:

\_\_\_\_\_ (特定日期或事件,但不得遲於我簽署並交回此表格之日起一(1)年)。

**\*\* 若未提供結束日期或事件,授權將無效。\*\***



## G 部分: 簽名

我明白為了處理我的申請,我的申請表中必須附上政府頒發的有效身份證件 (ID) 影本、法律授權文件副本或經過公證的簽名。

透過在下面簽名,我已閱讀此表格並瞭解其含義。

會員/個人代表簽名:

日期

父母/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

父母/監護人正楷填寫姓名: \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_

**限個人代表:** 您有哪些權利可以要求健康資訊?

正楷填寫姓名: \_\_\_\_\_

- 監護人  醫療授權書  
 遺囑執行人  其他 \_\_\_\_\_  
 遺產管理人

備註: 您必須附上法律文件,以證明您是死者遺囑的監護人、遺囑執行人或擁有該人的醫療決策權。

如何將此表格提交給:

CalOptima Health  
**Attn: Enrollment & Reconciliation**  
505 City Parkway West  
Orange CA 92868

傳真: 1-714-481-6457

**停止**

**For CalOptima Health Use Only: (僅供 CalOptima Health 使用):**

Staff Name: \_\_\_\_\_ How was identity verified?  In person  Phone

Signature: \_\_\_\_\_ Date Verified: \_\_\_\_\_