

受保護健康信息 (PHI)
披露授權書

請填寫本表格的**所有**部分，允許 CalOptima 將您受的保護健康信息 (PHI) 披露給其它人員或機構。本表格**僅**用於資訊披露。其不會允許任何人為您作出醫療保健決定。

A 部分：會員資訊

姓氏： _____ 名字： _____
CalOptima 醫療卡號碼： _____ 出生日期： _____
地址： _____ (月/日/年)
_____ 市 _____ 州 _____ 郵政編碼
最方便聯絡您的電話號碼為： _____

指南：請在您選擇的選項旁的方框中打 X。

B 部分：可以披露的資訊

本人允許 CalOptima 披露：

- 本人的任何和所有 PHI
- 僅披露以下資訊：（列明您批准的資訊）

本人允許披露以下 PHI 相關的內容：
（若勾選以下方框，請添加姓名首位字母）

- 心理健康治療 姓名首字母： _____
- 酒精／藥物治療 姓名首字母： _____

註：若未先獲得您的批准，該等詳細資訊將不會被披露。

C 部分：本授權書的目的

本人披露此資訊的目的為：

- 個人使用 法律用途
 保險 其他（請註明）： _____

D 部分：允許接收 PHI 的人員或機構

本人允許 CalOptima 向下述人員或機構，披露本人的 PHI 信息。本人知道在本人簽署並寄回此表格後，本授權即開始生效。接收此資訊人員的年齡必須滿 18 周歲或以上。

人員／機構名稱（姓名）： _____
與會員的關係： _____ 電話： _____

E 部分：我的權利

- 本人可隨時提交書面通知至下列地址，以終止授權： CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
- 終止授權的通知，將不會改變 CalOptima 在收到此函之前，使用和披露本人 PHI 信息的方式。
- 從 CalOptima 獲取本人 PHI 信息之人士或機構，可能會與他人分享該資訊。在這種情況下，本人的 PHI 可能不再受到「醫療保險可攜性及責任法案 (HIPAA) 私隱規定」的保護。
- 本人並非必須填寫此表格。拒絕填寫此表格，不會影響您的醫療保健福利或對醫療保健服務的付款。
- 本人有權查看或獲取基於此授權正在使用或共享的 PHI 副本。
- 本人有權獲取一份本表格的副本。

F 部分：批准的終止日期

向上述人員或機構披露資訊的授權，將於以下時間終止： _____（具體日期或事件）。

****如未提供終止日期或事件，則此授權無效。****

G 部分：簽名

本人瞭解，為處理本人的申請，政府簽發的合法身份證明 (ID) 副本、法定權利文件副本或經公證的簽名，必須隨我的申請表格一併提交。

透過在下方簽字，本人已經通讀了並瞭解了此表格的內容。

會員／個人代表的簽名

日期

家長／監護人簽名： _____ 日期： _____

家長／監護人書寫姓名： _____ 關係： _____

CalOptima 保留向代表受撫養會員的家長／監護人，索取法律文件（如出生證明、法院判令等）的權利。

個人代表專屬問題：您有何權利索取健康資訊？

書寫姓名： _____

- 保護人
- 遺囑執行人
- 遺產管理人
- 醫療授權書
- 其它 _____

註：您必須附上法律文件以證明您是保護人、已故者遺囑的執行人，或證明您有權為該人士作出醫療決策。

請將此表郵寄給 CalOptima，Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868，或傳真至 **1-714-338-3104**。

結束

CalOptima 專用：

工作人員姓名： _____ 如何驗證身份？ _____ 當面／電話
簽名： _____ 驗證日期： _____