보호된 건강 정보 (PHI) 공개를 위한 승인

CalOptima 가 귀하의 보호된 건강 정보 (PHI) 를 다른 사람이나 또는 단체에 공개할 수 있도록 이 양식의 **모든** 부분을 작성하시오. 이 양식은 정보 **공개만을** 위한 것입니다. 이것은 다른사람에게 회원을 대신하여 건강관리에 대한 결정을 하도록 승인하는 것은 아닙니다.

섹션 A: 회원의 정보

성: _____ 이름: _____

CIN 번호: _____ 생년월일: _____
월/일/년도

주소: _____
주소 *시* *주* *우편번호*

귀하께 연락하기 가장 좋은 번호: _____

설명: 귀하께서 선택하신 박스에 X 로 표시하십시오.

섹션 B: 공개될 수 있는 정보

나는 다음 정보가 CalOptima 에 의해 공개되는 것을 승인합니다:

☐ 나의 PHI 에 관한 모든 정보 또는

☐ 다음과 같이 제한함 (허락하시는 정보 목록을 적으십시오):

_____

_____

나는 특별히 다음 건강 정보의 공개를 승인합니다 (만약 다음 박스에 표시하셨다면, 이니셜이 필요합니다):

☐ 정신 건강 치료 정보 이니셜: _____

☐ 알콜 / 마약 치료 정보 이니셜: _____

참고: 다음 종류의 정보는 특별히 승인되지 않는 한 공개되지 않습니다.

섹션 C: 이 승인의 목적

PHI 사용 또는 공유의 목적 또는 이유를 말씀하십시오.

☐ 개인 사용 ☐ 법적

☐ 보험 ☐ 기타 (구체적으로): _____

섹션 D: 승인의 목적

나는 CalOptima 에게 나의 PHI 를 아래 사람 또는 기관과 공유하는 것을 허락합니다. 이 승인서는 내가 양식에 서명하고 돌려보내면서 유효기간이 시작된다는 것을 이해합니다. 정보를 받아보는 대리인은 18 세 이상이어야 합니다.

대리인/기관의 이름 (들): _____

회원과의 관계: _____전화 번호: _____

섹션 E: 나의 권리

- 나는 언제든지 **서면**으로 된 공지를 다음 주소로 보내 이 승인을 취소할 수 있습니다: CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
- 편지를 보내 나의 PHI 공개를 중단하여도, 편지를 받기 전 CalOptima 가 나의 PHI 를 어떻게 사용하였는지 또는 공유하였는지 여부에는 변경을 주지 않습니다.
- 나의 PHI 를 받은 승인된 사람 또는 기관은 정보를 다른이에게 공개할 수 있습니다. 그럴 경우, 나의 PHI 는 개인 정보 보호법(HIPAA Privacy Rules)에 의해 더 이상 보호되지 않을 수 있습니다.
- 이 양식을 작성하거나 서명하지 않으셔도 됩니다. 이 양식을 작성하지 않아도 혜택, 청구액 수령 등등 나의 CalOptima 자격 여부에 그 어떠한 형태로도 영향을 미치지 않습니다.
- 나는 이 승인에 의해 사용되거나 공유되는 나의 PHI 를 보거나 사본을 얻을 권리가 있습니다.
- 나는 이 양식의 복사본을 받을 권리가 있습니다.

섹션 F: 승인 만료 날짜

정보가 사용되거나 또는 다른 사람들과 공유를 위한 이 승인은 다음날짜에 종료됩니다:

_____ (특정 날짜 또는 행사).

만약 특정한 날짜가 제공되지 않으면, 이 승인은 효력이 없습니다.

섹션 G: 서명

나의 요청을 처리하기 위해서는 정부에서 발행된 유효한 신분증 사본, 법적 권한에 관한 서류 사본을 요청서에 포함시키거나 귀하의 서명을 공증 받아야 합니다.

아래 서명을 함으로써 나는 이 승인 복사본을 받을 권리가 있는 것을 이해합니다.

서명: _____ 날짜: _____

(회원/법적 대리인)

월/일/년도

부모/보호인의 서명:_____날짜:_____

부모/보호인의 이름 인쇄:_____관계:_____

CalOptima 은 회원을 대신하여 서명하는 법적 대리인에게 법적 서류(예: 출생 증명서, 법원 명령 등)를 요청할 수 있는 권리가 있다는 것을 알려드립니다.

개인 대리인만을 위한 부분: 어떤 권리로 건강 정보를 요청하십니까?

이름:_____

☐ 관리자
☐ 유서 집행자
☐ 재산 관리자
☐ 법적 의료 위임자

☐ 기타 _____

참고: 귀하께서 관리자, 고인의 유언 집행자 또는 의료 결정을 할 수 있는 사람이라는 것을 알리는 법적 서류를 첨부해야 합니다.

이 양식을 CalOptima 의 다음 주소로 보내십시오. Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868, 또는 팩스번호 **1-714-338-3104** 로 보내십시오.

STOP

For CalOptima Use Only:	
Staff Name: _____	How was identity verified? In person/Phone
Signature: _____	Date verified:_____