



限制使用和披露受保護健康資訊 (PHI) 的申請

申請日期: _____

會員姓名: _____ 出生日期: _____

會員CIN號碼: _____ 電話號碼: _____

本人瞭解,CalOptima Health可能使用或披露(發佈)我的受保護健康資訊(Protected Health Information, PHI)以作治療、付款和醫療照護運作用途。CalOptima Health 還可能發佈信息給參與我的護理或為我的護理付款之人員(例如家庭成員或朋友)。

本人瞭解,CalOptima Health 無須同意我的要求。

本人要求限制 CalOptima Health 使用和披露受保護健康資訊 (PHI)。我想要限制的資訊為:

我想限制 CalOptima Health:

- 使用此資訊
- 披露此資訊
- 使用及披露此資訊

我希望這些限制適用於以下人士/機構(例如:配偶): _____

所需用途和披露

即使 CalOptima Health 同意限制,在下列情況下仍會分享資訊:

- 在緊急醫療期間,如果需要受限資訊以提供緊急治療。但如果在緊急情況下披露資訊,CalOptima Health 將告知資訊接收人不得出於任何其他目的使用或披露該資訊。
- 用於衛生機構的監督活動。
- 根據法律要求使用或披露資訊。
- 若雙方同意限制,該限制可以書面形式終止
- 我口頭同意終止,且口頭協議被記錄在案。
- CalOptima Health 通知我將終止協議。在此情況下,終止僅對我收到終止通知後,CalOptima Health 創建或接收的PHI才具有效力。



您的權利

要瞭解更多有關您的隱私權之信息,請參閱您的 CalOptima Health 隱私慣例通知副本。您也可在我們的網站 www.caloptima.org, 或致電 CalOptima Health 客戶服務部取得副本,電話是 **1-714-246-8500** 或免付費電話**1-888-587-8088**,服務時間為週一至週五,上午8點至下午5點30分。有聽力或言語障礙的會員可以撥打我們的 TDD/TTY 熱線 **711**。我們有工作人員會說您的語言。

若您認為您的隱私權受到侵犯,您可向 CalOptima Health 或 Department of Health and Human Services (美國衛生與公眾服務部) 部長提出投訴。若要向 CalOptima Health 提出投訴,請聯絡 CalOptima Health 客戶服務部,電話:**1-714-246-8500**,或寫信至:

ATTN Customer Service Department
CalOptima Health
505 City Parkway West
Orange CA 92868

即使您選擇作出投訴或行使任何隱私權,CalOptima Health 將不會以任何形式取消您的醫療保健福利,或以任何方式損害您的本通知中利益。

簽名

會員簽名: _____

若為授權代表(請附上法律文件):

正楷填寫姓名: _____ 與會員的關係: _____