



健康信息使用和公开授权

根据《健康保险携带和责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act)》的规定，您需要提供授权，以便 Health Plan of San Joaquin 在某些情况下使用或共享健康信息。根据《加州民法典 (California Civil Code)》第 56.10 节的规定，除非您同意或法律允许，否则接收信息的个人或公司不得与他人共享您的信息。

请回答以下页面中的所有问题。部分问题可能已由 Health Plan 填写。表格的所有页面均需填写完成。填妥后，请将其邮寄或送至 Health Plan of San Joaquin 的以下地点：

Health Plan of San Joaquin 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	Health Plan of San Joaquin 1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

您亦可将表格传真至：(209) 461-2550

1. 请详细描述需使用或共享的健康信息。（保险日期、治疗日期、伤害或疾病类型、医生姓名、医院或其他供应商的名称等将有助于我们快速回应您的请求）：

2. 使用或共享健康信息仅限以下情况：

会员正楷签名

Health Plan ID 号



3. 请选择请求共享健康信息的个人或公司：
- 会员
 - 会员的个人代表。（例如：父母或法定监护人。）
 - Health Plan of San Joaquin。（请注意，Health Plan 不会因共享信息获利。）
4. 请列出获准接收健康信息的个人或公司：
- 祖父母。姓名：_____
 - 无监护权的父母或继父母。姓名：_____
 - 会员的其他亲属、伴侣或朋友。
姓名：_____
 - 关系：_____
 - 会员的律师。姓名：_____
 - 其他。姓名：_____
5. 此权限的失效日为*（提供日期或事件）：
- *如果该问题未作答，则本文件无效。**
- 日期（月/日/年）：_____
 - 事件：_____

您有权拒绝签署本表格。如果拒绝签署本表格，您的资料不会被使用或分享。拒绝签署本表格不会影响治疗、福利资格或 Health Plan 的服务支付。

签署本表格后，您有权随时修改。如需修改，请书面致函 Health Plan。请求将自收到之日起生效，但我们无法阻止任何此前已经发生的行动。

会员正楷签名 _____

Health Plan ID 号 _____

电话号码 _____

会员正楷签名

Health Plan ID 号



会员签名

日期

个人代表签名

日期

注意：如果您是会员的个人代表，请说明您与会员的关系：

您可能需要出示代表会员行事的合法许可证明。

如果您填写本表格的目的是让 **Health Plan** 将信息提供给其他个人或公司，则请备份副本以便记录。如果 **Health Plan** 出于自身原因要求您同意使用或共享信息，则您签署后将收到授权副本。如果您对本表格有任何疑问，请致电 (209) 942-6320 与客户服务部联系。

会员正楷签名

Health Plan ID 号