



授权使用和披露健康信息

根据《健康保险流通与责任法案》规定，您在某些情况下必须允许 Health Plan of San Joaquin 使用或共享健康信息。根据《加州民法典》第 56.10 条，除非经您许可或法律允许，否则接收您信息的个人或公司不得与他人共享您的信息。

请回答以下各页的所有问题。Health Plan 可能已填写部分信息。表格所有页面均需完整填写。填写表格后，请将其邮寄或亲自送至 San Joaquin Health Plan 的以下地点之一：

7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	1025 J Street Modesto, CA 95354
---	------------------------------------

您也可以将表格传真至 (209) 461-2550

1. 具体说明要使用或共享的健康信息。（为了帮助我们更快回复您的请求，请提供承保日期、治疗日期、受伤或疾病类型以及您的医生姓名、医院或其他医疗服务提供者的名称）：

2. 仅出于以下原因使用或共享健康信息：

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 不会因共享信息而收取费用。）



4. 列出有权接收健康信息的个人或公司：

- 祖父母。姓名： _____
- 非监护父母或继父母。姓名： _____
- 会员的其他亲属、同伴或朋友。
姓名： _____
关系： _____
- 会员律师。姓名： _____
- 其他。姓名： _____

5. 此权限的到期日期为（给出日期或事件）*：

***如果未回答此问题，则本文件无效。**

- 日期（年/月/日）： _____
- 事件： _____

您有权拒绝签署此表格。如果您拒绝签署此表格，您的信息将不会按照此表格中的说明使用或共享。您拒绝签署此表格不会影响您的治疗或福利资格，也不会影响 Health Plan 的服务付款。

如果您签署此表格，您有权随时更改。如需更改，请致函 Health Plan。您的请求将于我们收到之日起生效，但我们无法阻止任何已发生的行动。

会员印刷体签名 _____

Health Plan ID 号码 _____

电话号码 _____

会员签名

日期

个人代表签名

日期

请注意，如果您是会员的个人代表，请说明您与该会员的关系： _____



您可能需要向我们出示您代表会员行事的合法许可证明。

如果您填写此表格的目的是希望 Health Plan 将信息提供给其他人员或公司，则应复印一份以作记录。如果 Health Plan 出于自身原因请求您同意使用或共享信息，则会在您签署后向您发送一份授权书副本。如果您对此表格有任何疑问，请致电 (209) 942-6320 联系会员服务部。