

健康信息使用和披露 授权书

根据《健康保险流通与责任法案》的规定，您需要提供授权，以便 Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan（简称为“Health Plan”）在某些情况下使用或共享健康信息。根据《加州民法典》第 56.10 节的规定，除非您准许或法律允许，否则接收您信息的个人或公司不得与他人共享您的信息。

请回答以下页面上的所有问题。Health Plan 可能已填写部分回答。本表格的所有页面均需填写完成。填写好本表格后，请将其邮寄或送至 Health Plan 的以下任一地点：

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：**1-209-461-2550**

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、医院或其他医疗服务提供者的名称将有助于我们更快地回应您的申请）：

2. 只能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（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：_____

会员的正楷书写姓名

Health Plan ID 编号

5. 此准许的到期日期（请提供日期或事件）*：
*如果不回答此问题，则本文件无效。

日期（月/日/年）： _____
事件：_____

您有权拒绝签署本表格。如果您拒绝签署本表格，将不会按照本表格所述使用或共享您的信息。您拒绝签署本表格并不会影响您的治疗或享受福利的资格，也不会影响 Health Plan 对服务的付款。

如果您签署了本表格，您有权随时改变主意。如果您改变主意，请写信给 Health Plan。您的申请将在我们收到之日生效，但是我们无法停止可能已经执行的任何行动。

.....
会员的正楷书写姓名

.....
Health Plan ID 编号

.....
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，请告诉我们您与该会员的关系：

.....
与该成员的关系

您可能需要向我们出示您可以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，您应该保留一份副本作为记录。如果 Health Plan 出于自身原因要求您准许使用或共享信息，则在您签署后将收到本授权书的副本。如果您对本表格有任何疑问，请致电 **1-209-942-6320** 联系我们的客户服务部。

会员的正楷书写姓名

Health Plan ID 编号