

## 第一部份 | 會員資訊

請確保完整填寫該部分的表格。舉例說，如果您住在公寓大樓，請附上您的公寓號碼。我們還需要您的會員號碼，才能在我們的系統中找到您。

## 第二部份 | 此項授權書的目的

請指明為什麼您希望我們與該人士或機構披露或分享您的資訊。

## 第三部份 | 要向其披露或分享受保護健康資料的人士或機構

請寫出您希望我們向其披露或分享您的資訊的人士或機構的全名。請使用具體的名稱，請勿使用「我女兒」、「我兒子」之類的統稱。如果您允許此人士或機構收到您檔案紀錄的印刷版，我們也需要他們的地址。

如果您想要我們與超過一位人士或機構分享您的資料，您就必須分別針對您希望我們分享您資料的每位人士或機構填寫表格。

## 第四部份 | 第一保健獲得授權得以披露或分享的資料類別

### 4.1 披露我的受保護健康資料

如果您希望能決定第一保健向獲授權的人士或機構披露特定的資料類別，請填寫此部分。透過電子郵件發送的資訊會被加密。若要存取您的資料，請遵循您收到的電子郵件中的說明。

### 4.2 選擇一位個人代表

如果您希望指派一位個人代表來持續存取您的受保護健康資料，並代表您進行特定的變更和做決定，請填寫此部分。

## 第五部份 | 過期與取消

提供此授權書的過期(終止)日或說明會終止此授權書的事件。  
無論如何，此授權書不得超過自表格簽署日期後的二十四(24)個月。

## 第六部份 | 我需要知道的重要資訊

請務必閱讀本部份的資訊再簽署本表格。

# 關於披露受保護健康資料 (Protected Health Information, 簡稱PHI)的授權書 一填寫說明

## 第七部份 | 會員或獲授權方的簽名

### 已成年之會員或獲授權方的簽名

如果您是簽署此表格的已成年會員或獲授權方，請勾選適用方框以表明您與會員的關係。簽署並用正楷填寫您的姓名；請別忘了填寫日期。

### 未成年之會員的簽名

如果簽署此表格的您尚未成年，請更選適用方框。簽署並用正楷填寫您的姓名；請別忘了填寫日期。

請注意，如果您是簽署本表格的會員本人，您在本部份的姓名必須與第一部分的姓名一致。

如果您是代表該會員簽署本表格，就必須提供授權您代表此會員的證明文件。

### 證明文件的範例(如法律文件)：

醫療護理授權書 (Power of Attorney)	此法律文件會對您信任的人授予權利，使其能夠代表您處理醫療護理賬單／付款事項(包括一些健康資料)。此人士不可為您做出醫療護理的決定。
遺產執行人文件 (Executor of Estate)	在會員去世之後會用到這一法律文件來指定一位人士處理去世會員的遺產／事務。
醫療護理委託書 (Healthcare Proxy)	本文件允許您信任的人在您不能作出決定或無行為能力的情況下作出醫療護理相關的決定。 <b>請注意：</b> 證明此會員失去作決定之能力的臨床文件，必須連同此已簽署的醫療護理委託書一同遞交。
法定監護人證書 (Guardianship)	此法庭文件授權法庭指定的人士代表該會員行事，並負責照顧該會員，包括其財產，醫療護理等。
請將這份填妥的表格及任何相關文件寄回 <b>第一保健會員服務部 (Healthfirst Member Services)</b> 地址：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165 傳真：1-212-801-3250	

透過完整填寫或簽署本表格，本人或者本人的授權代表允許第一保健與下列所列的人士和機構分享本人的受保護健康資料。這裡所提及的第一保健，本人同時也意指該公司的子公司、附屬機構、僱員、代理人以及承包商。如需協助以填寫本表格，請閱讀填寫說明。如果有任何問題，請聯絡會員服務部(請使用您的會員ID卡上的電話號碼)。

### 第一部份 | 會員資訊

名字	中間名縮寫	姓氏		
會員ID號碼	出生日期(月/日/年份) ____/____/____		電話號碼	
郵寄地址		城市	州	郵遞區號

### 第二部份 | 此項授權書的目的

請選擇或註明申請本授權書之理由。

個人使用     其他(請註明)：\_\_\_\_\_

### 第三部份 | 要向其披露或分享受保護健康資料的人士與機構

請勾選適用方框以指定您與此人士或機構的關係：

配偶     同居伴侶     成年子女     父母     其他(請註明)：\_\_\_\_\_

請填寫下列資訊：

個人或機構全名：

郵寄地址	城市	州	郵遞區號
電子郵件	電話號碼		

## 第四部份 | 第一保健獲得授權得以披露或分享的資料類別

選擇適用選項並填寫此部分。如果您授權第一保健披露您的受保護健康資料並選擇一位個人代表，請選擇並填寫下方兩個部分。

### ■ 4.1 披露我的受保護健康資料

披露方式：我希望第一保健以下列方式披露下列資料  郵件 或  電子郵件

服務日期：從\_\_\_\_\_到\_\_\_\_\_

披露的資料類別：

1. 標準健康資料： 費用申報及相關的上訴  賬單／註冊

其他(請說明)：\_\_\_\_\_

2. 敏感資料除非您以勾選方框的方式具體要求並在您選項旁的空白處簽署您姓名的縮寫，否則我們不會披露敏感資訊：

心理健康\_\_\_\_\_  性傳輸感染(Sexually Transmitted Infections, 簡稱STI)\_\_\_\_\_

人體免疫缺損病毒／愛滋\_\_\_\_\_  生殖健康／家庭計劃健康\_\_\_\_\_

所有敏感資料\_\_\_\_\_

**濫用藥物 (SUBSTANCE USE DISORDER, 簡稱SUD) 資料：**為了遵守聯邦酒精及藥物濫用的病患紀錄規定(Federal Rules for Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 第一章第二部分, 聯邦規章法規第42條), 必須使用「披露濫用藥物受保護健康資訊的授權書(Authorization to Release Substance Use Disorder (SUD) Protected Health Information (PHI))」之表格申請SUD相關資訊。

### ■ 4.2 選擇一位個人代表

請選擇您授權給此個人代表的權限類型(請勾選所有適用項目)：

改變主要醫療照護提供者 (Primary Care Provider, 簡稱PCP)

討論與我醫療照護相關的賬單／付款議題

討論與我診斷結果, 疾病／病況治療及承保項目的資訊。這可能包括和我的醫療護理管理員談論並參與作出與我的照護相關的決定

我瞭解此授權書會允許我授權的個人代表存取我的健康資料。

## 第五部份 | 過期與取消

此授權書將於表格簽署日期的24(二十四)個月後失效。請填寫一個日期或使其過期失效的事件。

授權書失效日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(月/日/年份) 或

發生下列事件時失效：\_\_\_\_\_

**取消的權利：**本人可隨時取消本授權。如果本人希望, 本人可以寫信給第一保健的Privacy Office (隱私權保護辦公室), 郵寄到P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183或發送電子郵件到

**HIPAAprivacy@healthfirst.org**。

我瞭解這不會影響在收到我的撤銷要求前第一保健所採取的任何行動。

## 第六部份 | 我需要知道的重要資訊

本人在下面的簽字表示本人明白並同意下列各項：

- 本項授權完全是自願，並且可以隨時取消。我的取消不會影響在收到我的撤銷要求前第一保健所採取的任何行動。
- 除了人體免疫缺損病毒／愛滋以外，如果得到授權接受資訊的機構或個人不是健保計劃或醫療護理服務提供者，本人的健康資訊可能會被接收方再次披露，並且不再受到隱私權保護規定的保護。
- 如果本人不簽署本表格，第一保健不得為本人的治療、付款、註冊或本人獲得福利的資格與為服務付款等設定條件。但是，如果沒有有效的表格，本人有關向上列個人或機構披露資訊的要求便不能得到實施。

## 第七部份 | 會員或獲授權方的簽名

選擇適用項目並簽署您的姓名。

已成年之會員或獲授權方的簽名 (請勾選適用方框)	未成人會員的簽名 (請勾選適用方框)
<input type="checkbox"/> 您是會員本人或會員的法定代表(請圈選): 醫療護理授權人(Power of Attorney)、 醫療護理委託人(Proxy)、 法定監護人(Guardianship)、 其他: _____	<input type="checkbox"/> 您已婚
<input type="checkbox"/> 您是未成年人士的家長或法定監護人， 而且所分享的資料與以下任何一項的 「敏感」狀況無關： a. 心理健康 b. 性傳輸感染(STI) c. HIV／愛滋病毒資料 d. 生殖／家庭計劃 (包括避孕、產前照護及終止懷孕)	<input type="checkbox"/> 您尚無自主權利、年齡在12至17歲之間， 且授權分享的資料屬於以下敏感情況 之一： a. 心理健康 b. 性傳輸感染 (STI) c. HIV／愛滋病毒資料 d. 生殖／家庭計劃 (包括避孕、產前照護及終止懷孕)
簽名 _____	簽名 _____
請工整書寫姓名 _____	請書寫正楷姓名 _____
日期 _____	日期 _____

請注意：如果簽署本授權表格的並非會員本人，請提供授權您代表會員行事的相關法律文件（例如授權書、監護文件、遺產執行人文件等）。如需證明文件範例，請見關於披露受保護健康資料(Protected Health Information, 簡稱PHI)的授權書—填寫說明第2頁。

請將這份填妥的表格及任何相關文件寄回

第一保健會員服務部 (Healthfirst Member Services)  
地址：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165  
傳真：1-212-801-3250