

關於批露受保護健康資料(Protected Health Information, 簡稱PHI)的授權書

透過完整填寫或簽署該表格,本人或者本人的授權代表允許第一保健與下列所列的人和機構分享本人的受保護健康資料 (PHI)。這裡所提及的第一保健,本人同時也意指該公司的旗下機構、分公司、僱員、代理人以及承包商。需要完整填寫該表格的協助,請閱讀第3-4頁的填寫說明。

如果有任何問題,請聯絡會員服務部(透過印在您的會員ID卡上的電話號碼)。

A. 會員資訊

名: _____ 姓: _____ 中間名縮寫(M.I.) _____

會員ID號碼: _____ 出生日期: _____ 電話號碼: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

B. 將要分享PHI的人士或機構

請選擇適用者: 配偶 家庭伴侶 成年子女 父母 其他

請填寫下列資訊:

個人或機構名稱: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____

電話號碼: _____ 電子郵件: _____

C. 第一保健獲得授權可以分享的資訊類別

本人授權第一保健可以分享下列資訊:

本項授權所涵蓋的日期從 _____ 至 _____

C1. 標準健保計劃資訊:

費用申報及相關上訴 賬務/註冊資訊 其他 _____

C2. 敏感資訊:敏感資訊除非本人以下簽署姓名的首字母,否則不得分享:

HIV/愛滋病毒資訊 _____ 精神健康 _____ 生育健康/家庭計劃服務 _____

性傳輸感染(STIs) _____ 所有以上敏感資訊 _____

濫用藥物症(SUD)資訊:索取與濫用藥物症相關資訊的要求必須遞交「授權披露受保護的與濫用藥物症相關的健康資訊(The Authorization to Release Substance Use Disorder (SUD) Protected Health Information (PHI))」表格。

C3. 改換主治醫生(PCP):

本人允許第一保健讓本人的授權方做主治醫生改變。

C4. 醫療護理賬務/付款資訊:

本人授權第一保健容許得到本人授權的各方在需要解決某一財務問題時接受與本人醫療護理賬務/付款事宜相關的資訊。本人明白這可能包括本人的健康資訊。

C5. 醫療護理管理與護理或服務的協調:

本人授權第一保健容許得到本人授權的各方為了恰當協調本人在第一保健計劃下的護理、服務與/或福利時接受與本人疾病/狀況的診斷、治療或承保相關的資訊。

D. 本授權的目的

應本人要求 為了下列目的：_____

E. 授權的時效與授權的撤銷

如果沒有給出失效日期或事件，本表格將於本表格簽署日期之後二十四(24)個月內失效。

本授權將在下列日期失效：

本特定日期：_____ 在發生下列事件的情況下：_____

撤銷授權的權利：本人可以在任何時候撤銷本項授權。如果本人希望，本人可以寫信給第一保健隱私權保護辦公室(Healthfirst's Privacy Office)，郵寄到P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183或發送電子郵件到 HIPAAprivacy@healthfirst.org。本人撤銷授權不會影響第一保健在收到本人撤銷授權要求之前所採取的任何行動。

F. 本人需要瞭解的重要資訊

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，並且可以隨時撤銷。本人撤銷授權不會影響第一保健在收到本人撤銷授權要求之前所採取的任何行動。
- 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批露，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批露資訊的要求便不能得到實施。

G. 會員或授權方簽名

G1. 如屬下列情況，您必須簽署本表格：

1. 您是該會員或該會員的法定代表
2. 您是尚無自主權利的未成年人的父母或合法監護人，並且分享的資訊不屬於「敏感」情況。如要瞭解「敏感」情況，請參閱本表格C2部份。

簽名：_____

請工整書寫姓名：_____

日期：_____

G2. 如屬下列情況，未成年人必須簽署本表格 (請勾選所有適用的方框)：

1. 您已婚或享有自主權利
2. 您尚無自主權利，年齡在12至17歲之間，授權分享的資訊屬於以下敏感情況之一：
 - a. 精神健康
 - b. 性傳輸感染(STIs)
 - c. HIV/愛滋病毒感染
 - d. 生殖/家庭計劃
(包括避孕、產前護理與流產)

簽名：_____

請工整書寫姓名：_____

日期：_____

請注意：如果簽署該授權表格的人不是會員本人，請說明您和會員之間的關係，並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)

請將填寫完成的本表格連同任何相關文件寄還第一保健會員服務部，地址是：

P.O. Box 1566, New York, NY 10274-1566
傳真：1-646-313-9059

關於批露受保護健康資料(Protected Health Information, 簡稱PHI)的授權書證—填寫說明

A. 會員資訊

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

B. 本人將要分享PHI的人士或機構

在適用的方框內打勾。請寫出您希望我們與之分享您的資訊的人士與機構的全名。請不要使用「我女兒」、「我兒子」之類的統稱;這些稱呼不能接受。您必須具體。如果您允許這個人或機構獲得您的檔案的實際複印件來留作記錄,我們也需要他或她的地址。

請明白如果您想要我們和超過一名個人或團體共享您的資訊,您應該就您希望我們能共享您的資訊的每一個個人或機構分別填寫表格。

透過電子郵件發送的資訊會被加密。請按照您所收到的電子郵件內的填寫說明來獲取您的資訊。

C. 第一保健獲得授權可以分享的資訊類別

C1. 請標明允許我們分享資訊的時間段。這與表格的失效日期(E部份)不一樣。然後選擇您希望與第一保健分享的資訊類型。

C2. 敏感資訊不得分享,除非您特別提出要求並且在您的選擇右旁簽上您的名字首字母的縮寫。如果您希望分享您的所有敏感資訊,那麼請選擇最後的選項並簽上您的名字的縮寫。

濫用藥物症(SUD)資訊:索取與濫用藥物症相關資訊的要求必須遞交「授權批露受保護的與濫用藥物症相關的健康資訊(The Authorization to Release Substance Use Disorder (SUD) Protected Health Information (PHI))」表格,才能符合聯邦有關酒精與藥物濫用病人記錄的保密規定(Federal Rules for Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records)(聯邦法典第42篇第1章第二部份(Title 42 of the Code of Federal Regulations, Chapter I, Part 2))。

C3. 如果您允許第一保健讓該人士或機構更改主治醫生(PCP) 資訊,請選擇該選項。

C4. 如果您允許第一保健與該個人或機構分享醫療護理賬務/付款資訊,請選擇這一選項。請瞭解您的健康資訊可能會與該個人/機構分享以處理任何賬務/付款問題。

C5. 如果您允許第一保健讓該個人或機構參與管理和協調您的護理,請選擇該選項。這可能包括和您的醫療護理管理員談論您的護理/治療並參與作出您的護理決定。

D. 此項授權的目的

請指明為甚麼您希望我們與該人士或機構分享您的資訊。

E. 授權的時效與授權的撤銷

請務必寫明**失效日期**。如果您吃不準日期，那也沒關係。您可以選擇其他選項或者說明將會使本表格失效的事件。但是，無論如何本表格有效日期不得超過簽署日期之後二十四(24)個月。

提醒您一下，您可以隨時**撤銷**(也就是撤回或逆轉)本項授權，您只需用表格上的地址給隱私權保護辦公室寫封信。但是，撤銷授權不適用於在我們收到該要求之前已經分享的資訊。

F. 我需要知道的重要資訊

重要的是您要先閱讀本部份的資訊再簽署本表格。您的簽名不僅容許我們分享您的資訊，它還意味著您明白並且認可本部份所說明的行動。

G. 會員或授權代表的簽名

| G1. | G2. |
|---|---|
| 1. 如果您是已成年的會員，或會員的法定代表/監護人，請在適用方框打勾。 | 1. 如簽署表格的您是未成年人，請在適用方框打勾。您是有自主權利的未成年人或者您是居住在紐約州且年齡在12至17歲間的未成年人，而且分享的資訊被認為屬於「敏感」情況。如服務為授權表格G2部份所描述的「敏感」情況，紐約州法律允許未成年人在沒有父母或合法監護人同意的情況下接受某類治療。 |
| 2. 成年會員或法定代表/監護人：請簽字和用楷體工整書寫您的姓名，請不要忘記寫上您填表的日期。 | 2. 然後您必須簽署並用楷體工整書寫您的姓名；請不要忘記寫上您簽署本表格的日期。 |
| 請注意如果您是在該表格簽名的會員，您本部份的姓名必須和在A部分的姓名一致。 | 請注意如果您是在該表格簽名的會員，您本部份的姓名必須和在A部分的姓名一致。 |

如果您代表會員在該表格簽字，您必須提供支持文件允許您代表會員。

支持文件的例子(比如，法律文件)：

| | |
|-----------------------------|---|
| 授權書(Power of Attorney) | 本法律文件如果適當選擇/指明，可以讓您所信得過的人權利來代表您，處理其他授權之外，處理醫療護理賬務/付款事宜。醫療護理賬務/付款事宜可能包括您的健康資訊。 |
| 遺產執行人書證(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。 |
| 醫療護理授權委託書(Healthcare Proxy) | 本文件授權您所信得過的人在您不能作出決定或無行為能力到情況下作出醫療護理相關的決定。 請注意： 支持會員失去決定能力的臨床文件必須連同簽名的醫療護理委託書一起遞交。 |
| 法定監護人書證(Guardianship) | 這一法庭文件授權法庭指定的人士代表會員行事，並負責照顧會員，包括照管其財產、醫療護理等。 |

除非另有指示，請將填妥的表格郵寄或傳真到：

P.O. Box 1566, New York, NY 10274-1566
傳真：1-646-313-9059