

使用和透露健康資訊授權表



會員請注意：

- 填寫本表格就會允許 Health Net of California and/or Health Net Life Insurance Company (Health Net) 可 (i) 基於特定目的使用您的健康資訊，和 (或) (ii) 與您在本表格上指名的個人 或實體分享您的健康資訊。
- 您不一定要簽署本表格或允許使用或分享您的健康資訊。如果您不簽署本表格，您在 <Entity> 享有的服務和福利不會有任何改變。
- 如果您想取消本授權表，請將撤銷授權的書面請求郵寄到本頁最下面所列的地址。您可致電向會員服務部索取撤銷表。
- Health Net 不能承諾您允許我們與其分享您健康資訊的個人或團體不會再與其他人分享您的健康資訊。
- 只要您將填寫完整的表格寄給我們時都請留存複本。如有需要，我們可以郵寄複本給您。
- 填寫本表格上的所有資訊。填寫完畢時，請郵寄到第一頁最下面所列的地址。

會員資訊：

會員姓名 (請以正楷填寫)：_____

會員出生日期：_____ 會員卡號碼：_____

我允許 Health Net 基於指定目的使用我的健康資訊，或與下列指名的個人或團體分享我的健康資訊。授權的目的是：

- 允許 Health Net 提供我福利和服務方面的協助，或
- 允許 Health Net 使用或分享我的健康資訊，用於_____。

可收受資訊的個人或團體 (第 2 頁可填寫更多個人或團體)：

個人姓名或團體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(_____) - _____

我授權 Health Net 使用或分享以下健康資訊：

- 我的所有健康資訊，包括：基因資訊、服務或檢測結果；HIV/AIDS 資料和紀錄；心理健康資料和紀錄 (但不包括心理治療紀錄)；處方藥資料和紀錄；以及藥物與酒精資料和紀錄 (請指明可透露的任何物質使用失調資訊：_____)；或
- 我的所有健康資訊，但以下例外 (勾選所有適用的方框)：
 - 基因資訊、服務或檢測
 - AIDS 或 HIV 資料和紀錄
 - 藥物與酒精資料和紀錄
 - 心理健康資料和紀錄 (但不包括心理治療紀錄)
 - 處方藥資料和紀錄
 - 其他：_____

授權結束日期：_____ / _____ / _____ (除非取消，授權結束的日期)

會員簽名：_____ 日期：____/____/____

(會員或法定代表在此簽名)

與會員的關係：_____

如果您是會員的個人代表，請寄送相關表格 (例如委託授權書或監護權命令) 的複本給我們。

更多可收受資訊的個人或實體

備註：如果您同意將任何物質使用失調紀錄透露給第三方付款人或您接受服務的診療服務提供者所在的醫療保健服務提供者、機構或方案以外的收受人，例如健康保險交易所或研究機構(下稱「收受實體」)，您必須指明您在收受實體接受其服務的診療服務提供者之個人姓名或實體名稱，或直接陳述您的物質使用失調紀錄可透露給您目前和未來在該收受實體的診療服務提供者。

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____

個人姓名或實體名稱：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____ 電話：(____) _____ - _____