

## **SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY**

### **個人代表指派表格**

聯邦法律要求 San Francisco Health Plan (SFHP) 保護能夠識別您個人身份以及與您過去、現在及將來的身心健康狀態的相關資訊的隱私 (「受保護的健康資訊」)。

完成表格填寫後，我們將為您指派一名您選擇的個人代表。您的個人代表將有權代表您做出醫療保健的相關決定或請求。您的個人代表將能夠使用和透露您受保護的健康資訊。  
**未能提供所有必填資訊可能導致授權無效。**

#### **權利及其它資訊聲明**

- 我理解，除非我想要一名個人代表，否則我不需要為 SFHP 填寫本表格。是否擁有一名個人代表屬自願行為，我有權拒絕簽署本表格。
- SFHP 將不會以是否簽署本授權為條件限制我的治療、付款、註冊登記或福利資格。
- 我可以隨時取消本授權。我的取消方式可以採取口頭或書面形式。我理解，我取消個人代表將不會影響已經依賴本授權發布的任何資訊。
- 按照本授權透露的資訊能夠被接收方重新透露並且不再受到聯邦保密法律的保護。
- 我理解並同意，根據本授權的其他限定，包括截止日期和我擁有隨時取消本授權的權利，只要我註冊登記 SFHP，授權將持續有效。
- 如果有合理理由，SFHP 將選擇不會將此指派人視為我的個人代表：1) 遭受此人的家庭暴力、虐待或忽視，2) 將此人視為個人代表將對我造成危險，或 3) 根據專業判斷，SFHP 認為將該指派個人視為您的個人代表，不利於我的最佳利益。
- 經請求，我有權利獲得本授權的副本。

**簽署之後，請製作一份本授權的副本以作記錄**

**並接著將本授權表格寄送或透過傳真回傳到：**

**San Francisco Health Plan  
Attn: Compliance Officer  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119  
Fax: 1(415) 547-7825**

## 個人代表指派資訊

我特此按以下內容指定我的個人代表：

### **會員資訊：**

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

州、市、郵遞區號：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

健康計劃：\_\_\_\_\_ 健康計劃：\_\_\_\_\_

### **健康計劃：**

姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

州、市、郵遞區號：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

與會員的關係：\_\_\_\_\_

本授權適用於以下受保護的健康資訊與醫療保健相關的決定 (只需從下方選擇 一個 選項)：

- 與任何醫療歷史、精神或身體狀況及接受治療相關的所有受保護的健康資訊與醫療保健決定，*包括*後天性免疫不全症候群 (AIDS) 或 HIV 檢測、諮詢及/或治療、酒精及/或藥物濫用治療、行為或精神健康服務以及計劃生育服務。
- 與任何醫療歷史、精神或身體狀況及接受治療相關的所有受保護的健康資訊與醫療保健決定，*除*後天性免疫不全症候群 (AIDS) 或 HIV 檢測、諮詢及/或治療、酒精及/或藥物濫用治療、行為或精神健康服務以及計劃生育服務外。
- 只從以下類型的受保護健康資訊與醫療保健決定 (包括任何日期)：\_\_\_\_\_

## 生效日期

個人代表指派生效於\_\_\_\_\_，截止於\_\_\_\_\_

(請填寫「N/A」，如果您想於上述指定日期前終止對您的個人代表的授權。請謹記：您能隨時取消您的個人代表的授權。)

## 會員與個人代表簽名

日期：\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_ AM/PM

簽名：\_\_\_\_\_

(會員)

日期：\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_ AM/PM

簽名：\_\_\_\_\_

(個人代表)

如果您是聽障人士，請撥打 TDD/TTY 專線：1(415) 547-7830 和免費熱線：1(888) 883-7347 或透過撥打 711 接通加州殘障轉接服務 (California Relay Service)。您可索取其他格式的本文件，例如：盲文、大號字體列印和音頻等。如欲索取其他格式或需要協助閱讀本文件和其他 SFHP 材料，請致電客戶服務部，電話：1(415) 547-7800，或撥打免費電話：1(800) 288-5555。