

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

記錄存取權申請表

聯邦法律要求 San Francisco Health Plan (SFHP) 保護能夠識別您的身份資訊以及與您過去、現在及將來的身體與精神健康狀態相關的資訊隱私性 (「受保護健康資訊」)。

您有權查看 SFHP 保留的您的受保護健康資訊及獲得一份該資訊的副本。請注意，SFHP 不保留醫療記錄，如果您想要醫療記錄，您應與您的醫療保健提供者聯絡索取醫療記錄。

本《記錄存取權申請表》供您一次性用於申請您的記錄。想要再申請記錄，您必須填寫新的《記錄存取權申請表》。不提供所需要的全部資訊，可能導致此授權無效。您有權獲取一份此申請的副本。

*** 如果您新增電話號碼，您同意讓 SFHP 職員就此申請致電您提供的電話號碼。**

申請存取權的會員或個人代表：

姓名：_____

地址：_____

電話*：_____ 出生日期：_____

會員 ID/社會安全號碼：_____

請指明您想獲得其副本的記錄：

所申請文件的日期範圍：_____

會員簽名：

_____ 日期：_____

如果此申請是由個人的個人代表提出，請填寫如下資訊：

個人代表姓名：_____

與個人的關係：_____

個人代表的簽名：_____

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。