

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

三藩市衛生局標準公佈與授權表

聯邦法律要求 San Francisco Health Plan (SFHP) 保護資訊隱私權，包括保護可辨識您及有關您過去、現在和未來身心健康狀況之資訊 (「受保護健康資訊」) 隱私權。

填寫此表即授權以符合有關受保護健康資訊的加州及聯邦法律的方式，使用/披露下述此類資訊。未能提供所要求的 **全部** 資訊可能使本授權無效。

權利及其他資訊通知

- 本人可拒絕簽署本授權。
- 本人可隨時撤銷本授權。本人的撤銷必須以書面形式提出，並且由本人或以本人名義簽署，並寄至以下地址：

San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- 本人的撤銷將在 SFHP 收到後生效。但是，若 SFHP 或其他各方已在授權生效日期之後及撤銷日期之前按照本授權採取行動，則撤銷無效。
- 本人有權在提出書面請求之後獲得本授權的副本。
- 治療、付款、入會或福利資格均取決於本人是否提供本授權。
- 依照本授權披露的資訊可以由接收者再次披露，但此披露可能不再受聯邦保密法保護。但是，加州法律禁止接收本人受保護健康資訊的任何人作出進一步披露，除非獲得本人有關該披露的另外授權或法律特別要求或允許此披露。
- 本人可以查看或獲得受保護健康資訊的副本，在向 SFHP 提出書面請求後可以使用或披露本授權的內容。
- 本人理解並同意，依據本授權中規定的所有其他因素，包括到期日期以及本人隨時撤銷本授權的權利，只要本人加入 SFHP，本授權將繼續有效。

簽署後，請留存一份本授權副本作為記錄，然後將其郵回或傳真回：

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

使用及披露受保護健康資訊

本人特此授權使用/披露本人如下受保護健康資訊：

會員人口統計資訊：

姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____

城市、州、郵政區號：_____ 電話號碼：_____

健康計劃：_____ ID 號：_____

授權 披露 受保護的健康資訊的人/組織：

San Francisco Health Authority (三藩市衛生局) d/b/a San Francisco Health Plan
(三藩市健康計劃)

被授權 接收 受保護健康資訊的人員/組織：_____

請求使用/披露之目的：_____

本授權適用於以下受保護健康資訊 (請僅選擇以下一項)：

☐ 與任何病史、身心健康狀況及所接受治療有關的所有受保護健康資訊。

☐ 與任何病史、身心健康狀況及所接受治療有關的所有受保護健康資訊，
除了：_____

☐ 僅以下記錄或受保護健康資訊類型 (包括任何日期)：_____

生效和到期日期

本授權於_____ 生效並將於_____ 到期。

會員/個人代表簽名

日期：_____ 時間：_____ 上午/下午

簽名：_____

(會員/個人代表)

如果非會員本人簽名，請在下方以印刷體書寫您的姓名並注明您與會員的法律關係：

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。如果您有聽力障礙，請致電 711 使用 TTY。