

Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 披露授權書



與您及您健康狀況有關的資訊稱為 Protected Health Information (或「PHI」，受保護健康資訊)，這些資訊是屬於敏感資訊。除非您透過書面方式表示同意，否則如 CareOregon 等健康計劃不得使用此 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 或向任何人披露這些資訊。本表格讓您可以提供使用和披露您 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 的同意書。您必須填寫所有標有星號 (*) 的欄位，本表格才具有效力。

會員資訊

本人的姓名 (請以正楷填寫會員的姓名) : _____

本人的出生日期 (或 CareOregon 會員卡號碼) : _____

我同意讓 CareOregon 使用本人的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 並向下列人士或組織披露該等資訊：

個人或組織 : _____

地址 : _____

城市 : _____ 州 : _____ 郵遞區號 : _____

電話號碼 : _____

與會員的關係 : _____

本人要求基於下述理由使用或披露本人的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) (請列出理由): _____

本人明確要求披露這些資訊且本人選擇不提供具體理由

*本人應被披露的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 包括：

所有受保護健康資訊 **或者** 僅有本人在下方所勾選的項目：

事先授權 帳單紀錄

理賠 藥物

健康計劃紀錄 福利

其他 (請說明您要求披露的具體資訊/文件) : _____

日期從 : _____ 至 : _____

事件(選填) : _____

(例如：您在 2011 年 6 月前往醫院就診)

本人授權披露的其他資訊：下列三種類型的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 受到其他法律的保護。僅有在本人於本授權書中該項目旁的空白處簽署英文姓名縮寫的情況下，CareOregon 才可披露該 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊)。如果本人未在本授權書中簽署英文姓名縮寫，CareOregon 不得披露該資訊。

英文姓名縮寫 | Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 的類型

與 Human Immunodeficiency Virus (HIV) (人類免疫缺乏病毒) /Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) (後天免疫缺乏症候群) 檢測有關的任何資訊，包括本人是否曾接受檢測、檢測結果及其他相關紀錄。

與本人心理健康資訊有關的任何資訊 (心理治療紀錄除外) 。

與藥物或酒精濫用的診斷、治療或轉介有關的任何資訊。(本人也瞭解，聯邦法律規定，除非本人也透過書面方式授權他人，否則沒有人可以將其透過 CareOregon 所取得的藥物或酒精濫用資訊披露給其他任何人) 。

本人瞭解本人就本同意書所享有的權利：

- 本人可要求 CareOregon 客戶服務部的人員協助本人瞭解本授權書將會如何遭到使用。
- 本人瞭解，如果獲得該 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 的個人或組織不是受聯邦隱私法管轄的醫療保健服務提供者或健康計劃，則他們可能會分享上列 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊)。在此情況下，本人的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 將不會受到這些法律的保護。
- 本人瞭解，社交媒體平台 (例如 Facebook、Instagram、Twitter、Pinterest 等) 並非分享健康資訊的安全管道。若本人在社交媒體平台上參加團體、接受邀請、發表內容或意見等行為將不受聯邦隱私法的保護。
- 由於本人已簽署了本授權書，本人可查閱將被披露的任何 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 或取得其副本。
- 本人不一定要簽署本授權書也可取得醫療保健服務、獲得醫療保健服務的給付、瞭解本人是否有資格獲得福利或投保 CareOregon。
- 本人可透過書面方式撤銷本授權書，但 CareOregon 已根據本授權書所採取的行動除外。
- 本人可隨時改變心意並取消本人的許可。如果本人改變心意，本人必須透過書面方式寄信至下列地址告知 CareOregon：

Attn:**Enrollment Department****CareOregon****315 SW Fifth Ave****Portland OR 97204**

如果本人改變心意並取消本同意書，本人瞭解，本人的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 可能已遭到使用或披露。

本人同意披露的 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 有限

除非本人改變心意並簽署一份新的書面授權書，否則本人 Protected Health Information (PHI) (受保護健康資訊) 披露同意書的效力將會在下列日期終止 (請勾選一項)：

- 本人簽署本授權書之日起的 365 天；
- 當此事件發生時 (請列出具體事件) _____
- 或在此日期 (請列出具體日期或填寫「沒有終止日期」): _____
- 本人可在簽署本授權書後索取一份本授權書的副本以作為紀錄。

*本人的簽名： _____

日期： _____

本人的正楷姓名： _____

*如有任何人代會員簽名，請提供一份授權書或其他可證明會員許可的法律文件。

請將填妥的授權書傳真至：

503-416-3723**或者**

郵寄至：

**Enrollment Department
CareOregon****315 SW Fifth Ave****Portland OR 97204**

修訂於 2023 年 4 月 27 日