

您想要將存取健康資訊的權限提供給他人嗎？

請填寫並簽署此表單，並以郵寄、傳真或電子郵件方式寄回。若您需要協助，請致電您第一保健會員ID卡上的會員服務部電話號碼。

請簽署此份表格，否則將無法處理。

第一部份 會員資訊		
名字	中間名縮寫	姓氏
會員ID號碼	出生日期 (月份/日期/西元年份)	電話號碼
郵寄地址 (包括公寓編號、大樓編號)		
城市	州	郵遞區號
電子郵件		
第二部份 申請本授權書之理由		
<input type="radio"/> 個人使用 <input type="radio"/> 其他理由 (請註明) : _____		
第三部份 您要與誰分享資訊？ (請選擇所有適用的選項。)		
<input type="radio"/> 配偶 <input type="radio"/> 同住伴侶 <input type="radio"/> 成年子女 <input type="radio"/> 父母 <input type="radio"/> 其他 (請具體說明) : _____		
請填寫下列資訊：		
個人或機構全名		
郵寄地址 (包括公寓編號、大樓編號)		
城市	州	郵遞區號
電子郵件	電話號碼	

第四部份 您想要分享哪些資訊？

披露的資料類別

1. 標準資訊

醫療費用申報及相關的上訴

賬單/註冊

其他（請具體說明）：_____

2. 敏感資訊除非您具體以勾選方框的方式並在您選項旁的空白處簽署您姓名的縮寫，否則我們不會披露敏感資訊：

心理健康 _____

性傳輸感染(STI) _____

人類免疫缺乏病毒(HIV)/愛滋病 _____

生殖健康/家庭計畫健康 _____

所有敏感資料 _____

請注意：根據聯邦法律，若您想要分享有關物質使用的資訊，將需填寫另一份表格（關於披露有關藥物使用症(SUD)之受保護健康資料的授權表格）。

服務日期

從_____到_____

披露方式

我希望第一保健透過以下方式來披露上列資訊 郵寄 或 電子郵件

第五部份 過期與取消

此授權書將於表格簽署日期的24個月後自動失效。

若您需要將失效日期提前，請告知我們時間：

授權應於 _____ / _____ / _____ (MM/DD/YYYY) 失效

或者在發生下列事件時失效：_____

取消的權利：您可隨時取消本授權。如果您希望，您可以寫信給第一保健隱私權保護辦公室，郵寄到P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183或寄送電子郵件到HIPAAprivacy@healthfirst.org。

這不會影響第一保健在收到您的取消要求前所採取的任何行動。

第六部分 在您簽署前...

您的簽名表示您瞭解並同意下列各項：

- 本項授權完全是自願，而且您可以隨時取消。若您確實取消，將不會影響第一保健在收到此申請之前已採取的任何行動。
- 如果得到授權接受資訊的個人或組織不是健保計劃或醫療護理服務提供者，您的健康資訊（除了人類免疫缺乏病毒(HIV)/愛滋病以外）可能不再受到隱私權保護規定的保護。
- 若您未簽署此表格，將不會影響您的治療、付款或者享有第一保健福利的資格；但是，我們將無法分享您的資訊。

第七部分 請注意

若符合下列任一情況，便需要您的簽名：

- 我年滿18歲
- 我是未滿18歲的未成年人，且已婚並享有自主權利
- 揭露之資訊與藥物或酒精治療有關
- 揭露之資訊與下列任一情況有關，而我的狀態允許我接受治療，即使我的父母或法律監護人不同意我的決定：
 - 精神健康
 - 性傳輸疾病（包括人類免疫缺乏病毒(HIV)/愛滋病）
 - 生殖健康（包括避孕、產前照護及終止懷孕）
 - 一般醫療與牙齒健康

第八部份 會員或法務代理人的簽名

請注意：如果您是簽署本表格的會員本人，您在本部份的姓名必須與第一部份一致。

簽名

請工整書寫姓名

日期

_____ / _____ / _____

請注意：如果簽署本授權表格的人不是會員本人，請於下方說明您們之間的關係，並提供授權您代表會員行事的相關文件（例如授權書、監護文件、遺產執行人文件、醫療護理委託書等）。

請將這份已簽名並填妥的表格及任何相關文件寄回

第一保健會員服務部

郵寄：P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165

傳真：1-212-801-3250

電子郵件：CCO-Member_Record_Request@healthfirst.org

別忘了在本表格的第八部份簽名並註明日期。