

《健康信息披露授权表》



会员通知：

填写此表将允许本计划与您所选的个人或团体分享您的健康信息。

- 您无需签署此表或允许分享您的健康信息。即使未签署此表，您的服务和福利也不会发生变更。
- 如果您想取消此授权表，请填写下一页的撤销表。请将其邮寄至以下地址。
- **Coordinated Care Corporation** 无法保证您选择的个人或团体不会与他人分享您的信息。
- 对于您发送给我们的所有表格，请留存一份副本。如需该等表格，本计划可向您发送副本。
- 填写此表格中所有信息。填妥后，请将其邮寄至：

**Coordinated Care Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402**

会员信息：

会员姓名（正楷）：_____

会员出生日期：____/____/____ 会员 ID 号：_____

本人允许与下文指定人士或团体分享本人的健康信息。此授权旨在帮助本人获取福利和服务。

收件人信息：

姓名/名称（个人/团体）：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____ 电话：(____) ____-_____

Coordinated Care 可共享此健康信息：（勾选适用方框）

- 本人的所有健康信息；或
- 本人的所有健康信息，但以下信息除外：
 - 处方药/药物信息
 - 艾滋病 (AIDS) 或艾滋病毒 (HIV) 信息
 - 酒精和/或药物滥用治疗信息
 - 行为健康服务或精神病护理信息
 - 其他：_____

除非取消授权，否则授权将自签署之日起满 1 年时终止，或直至不再是 Coordinated Care 会员时终止。

会员签名：_____ 日期：____/____/____

(会员或法定代表签名处)

如果您代表某会员签字，请在下方说明您与该会员的关系。如果您是该会员的私人代表，请在下方写明并向我们寄送这些表格的副本（如：授权书或者监护令）。

如果您有疑问、需要帮助理解此表或需要不同的语言版本或格式的表格，请联系：会员服务部：1-877-687-1197 (TTY: 711); 传真：1-877-644-4602