



FROM | coordinated care.

## 健康信息使用和披露授权书

### 会员须知:

填写此表将允许计划与您选择的个人或团体分享您的健康信息。

- 您并非一定要签署本授权书或允许分享您的健康信息。若您不签署本授权书，您的服务和福利将不会更改。
- 如果您想取消本授权表，请填写下一页的撤销表。请按照以下地址邮寄给我们。
- Coordinated Care Corporation不能保证您选择的个人或团体不会与他人分享您的信息。
- 请保留一份您寄送给我们的所有表格的副本。如有需要，计划可以将副本寄送给您。
- 请填写本授权书上的所有信息。填写完毕后，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（正楷签名）：\_\_\_\_\_

会员出生日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 会员 ID 编号：\_\_\_\_\_

**本人允许与下列个人或团体分享我的健康信息。授权的目的是帮助我获得福利和服务。**

### 接收者信息:

名称（个人/团体）：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_ 电话：(\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Coordinated Care可以分享以下健康信息：（请勾选所有适用项）

- 我的所有健康信息；或
- 我的所有健康信息，但不包括：  
 处方药/药物数据和记录  
 AIDS或HIV信息  
 酗酒和/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，否则授权将在签署之日起1年后终止，或直至不再是Coordinated Care会员为止。**

会员签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(会员或法定代理人在此签名)

如果您代表会员签名，请在下方说明您与会员的关系。如果您是会员的个人代表，请在下方说明，并将相关表格（如授权书或监护令）副本寄送给我们。

如果您有疑问，需要帮助以理解本表，或需要不同的语言或格式，请联系：  
会员服务部：1-877-687-1197 (TTY: 711); 传真：1-877-644-4602