

健康信息使用和披露授权书



FROM  coordinated care.

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

Coordinated Care Corporation