

## 健康資訊使用與披露授權書



FROM  coordinated care.

### 保戶須知：

填寫此表格將允許計畫與您選擇的個人或團體分享您的健康資訊。

- 您並非一定要簽署此表格或授予許可分享您的健康資訊。若您未簽署本授權書，您的服務與福利並不會變更。
- 如果您要取消本授權書，請填寫下一頁的撤銷表格。請按以下地址將其郵寄給我們。
- Coordinated Care Corporation無法保證您選擇的個人或團體不會與他人分享您的資訊。
- 請保留您寄送給我們的所有表格的副本。如有需要，計畫可以將副本寄送給您。
- 請填寫本授權書上的所有資訊。完成後，請將其郵寄至：**Coordinated Care Compliance Department**  
**1145 Broadway, Suite 700**  
**Tacoma, WA 98402**

### 保戶資訊：

保戶姓名（正楷）：\_\_\_\_\_

保戶出生日期：\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 保戶 ID 號碼：\_\_\_\_\_

我同意與下列個人或團體分享我的健康資訊。授權的目的是幫助我獲得福利和服務。

### 接收者資訊：

名稱（人士/團體）：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_ 電話：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Coordinated Care可以分享此健康資訊：（請勾選所有適用項）

- ☐ 我的所有健康資訊；或
- ☐ 我的所有健康資訊，但不包括：
- ☐ 處方藥/藥物資訊
  - ☐ AIDS或HIV資訊
  - ☐ 酗酒和/或藥物濫用治療資訊
  - ☐ 行為健康服務或精神科照護資訊
  - ☐ 其他：\_\_\_\_\_

**除非取消授權，否則授權將在簽署之日起1年後終止，或直到不再是Coordinated Care的保戶為止。**

保戶簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(保戶或法定代表在此簽名)

如果您作為保戶代表簽名，請在下面描述您們的關係。如果您是保戶的個人代表，請在下面描述並將那些表格（例如委託書或監護令）的副本寄送給我們。

\_\_\_\_\_

如果您有疑問、需要協助理解本表格或需要不同的語言或格式，請聯絡：  
保戶服務部：1-877-687-1197 (TTY: 711)；傳真：1-877-644-4602