



ТРЕБОВАНИЕ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ Информации о ЗДОРОВЬЕ

Участник, требующий ограничения:

Имя: _____

Ид. № участника: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Прочитайте, ответьте на вопросы и поставьте подпись ниже

У вас есть право потребовать, чтобы мы ограничили использование или распространение информации, касающейся вашего здоровья. **Мы не обязаны соглашаться с этим требованием. Если мы соглашаемся с вашим требованием, то такое согласие будет оформлено в письменном виде и приведет к ограничению использования или распространения защищенной информации о вашем состоянии здоровья.** Тем не менее, мы оставляем за собой право использовать или раскрывать такую информацию в чрезвычайных ситуациях медицинского характера, если она необходима для вашего лечения, либо если вы уполномочите нас в письменном виде на использование или раскрытие такой информации, либо если ее использование и распространение должны быть выполнены согласно существующему законодательству.

Вы можете отказаться от такого требования в любое время, уведомив нас об этом в письменном виде. Мы также в любое время можем выйти из соглашения об ограничении на использование или раскрытие защищенной информации о вашем состоянии здоровья, предварительно уведомив вас об этом в письменном виде. Если вы согласитесь с нашим решением о прекращении действия такого ограничения, оно перестанет действовать. В случае же вашего несогласия с отменой ограничения, мы сможем использовать и раскрывать только ту информацию о вашем состоянии здоровья, которая будет получена после уведомления о снятии ограничений. Для того, чтобы воспользоваться правом на ограничение использования или раскрытия информации о вашем состоянии здоровья, пожалуйста, заполните следующий раздел.

Укажите, на какую информацию о вашем здоровье вы хотели бы наложить ограничение в плане ее использования и раскрытия:

(Подпись участника)

Я требую, чтобы Partnership Health Plan of California (PHC) ограничил использование или раскрытие защищенной указанной выше информации о состоянии моего здоровья. Я понимаю, что PHC не обязан соглашаться с таким требованием, и настоящее соглашение не вступит в силу до тех пор, пока я не получу письменного согласия от компании на выполнение моего требования.

Подпись участника: _____

Дата: _____

Если форма заполняется лицом, представляющим участника плана:

Имя представителя:

Отношение к лицу, выдвигающему требование:

ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ НАСТОЯЩЕГО ТРЕБОВАНИЯ

Направляйте свои требования по следующему адресу:

Инспектор по вопросам конфиденциальности
Partnership HealthPlan of California
360 Campus Lane, Ste 100
Fairfield, CA 94534

ИЛИ

по Факсу 707-863-4117, Для: Инспектора по вопросам конфиденциальности