

我的健康記錄係屬於隱私，且是法律規定中所謂的「受保護健康資訊」(Protected Health Information, PHI)。

填寫和簽署本表格即代表我或我的法定代表同意讓 Aetna 與下列人士或公司分享我的 PHI。Aetna 一詞亦包含公司的子公司、關係企業、員工、代理商及協力廠商。請填寫所有部分。

### 1. 我的資訊

名字	姓氏	中間名縮寫
會員識別號碼	出生日期 (月月日日年年年年)	電話號碼
街道地址	城市、州、郵遞區號	

### 2. Aetna 可與下列人士或公司分享我的 PHI：

個人姓名或公司名稱	電話號碼
街道地址	城市、州和郵遞區號
個人姓名或公司名稱	電話號碼
街道地址	城市、州和郵遞區號

### 3. Aetna 僅可分享我在下方所勾選的記錄。

您必須勾選您希望被分享的任何及所有資訊。不得使用本授權書來分享心理治療記錄。

健康 (醫療、牙科、藥房、視力及彈性支出帳戶資訊)
  長期照護
  病患管理記錄

物質濫用障礙 (酒精/藥物)
  HIV/AIDS
  性傳染病

行為健康/精神健康 (但不包括心理治療記錄)。

其他敏感服務 (例如性別確認照護或是性健康或生殖健康)

其他 (請說明) \_\_\_\_\_

### 4. 簽署本表格即代表我授權 Aetna 基於下述目的披露下列資訊。

請勾選下列其中一個選項：

根據我的要求 – 沒有具體目的
  具體目的：\_\_\_\_\_

### 5. 除非下方所列的期限較短，否則本授權書的有效期限將為 1 年。

本人授權的有效期限從

\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月月/日日/年年年年 \_\_\_\_\_ 月月/日日/年年年年

## 6. 在下方簽名即代表我瞭解並同意：

- 我同意分享的 PHI 可能屬於敏感性資訊。該 PHI 可能包含診斷結果及治療資訊。該 PHI 可能涵蓋慢性病、行為健康疾病以及酒精或藥物濫用資訊。該 PHI 可能涵蓋傳染病、如 HIV/AIDS 等性傳染病及遺傳標記資訊。
- 取得本人 PHI 的人士可能會與其他人分享該資訊。換而言之，聯邦政府或州政府的隱私法可能無法再為我的 PHI 提供保護。
- 我可以將本授權書最下方所列的地址寄給 Aetna，以索取一份經我簽名的本授權書副本。
- 除非我簽署本授權書，否則 Aetna 將不會向第 2 部分所列的人士或公司披露我的 PHI。
- 我可以隨時取消或變更我的決定。若要取消或變更我的決定，我可以將本授權書最下方所列的地址寫信給 Aetna。
- 如果我確實有取消我的許可，這將不會影響到 Aetna 在收到本人要求之前便已採取的行動。
- 如果我未簽署本授權書，這將不會影響我能否投保。
- 如果我未簽署本授權書，我的福利資格和服務資格將不會有所改變。

## 注意：

如果下列任何情況適用，則我必須簽名：

- 我已年滿 18 歲以上
- 我是未滿 18 歲的未成年人，但我已婚或者我已脫離父母完全獨立生活
- 遭到披露的資訊與藥物或酒精濫用治療有關
- 遭到披露的資訊與下列其中一項情況有關且即便我的父母或法定監護人不同意我的決定，我所在州的州政府仍准許我接受治療：
  - 精神健康
  - 性傳染病（包括 HIV/AIDS）
  - 生殖健康（包括避孕、產前護理和墮胎）
  - 一般醫療及牙齒健康

## 7. 我的簽名或法定代表的簽名

簽名	日期
正楷姓名	
如果是由法定代表簽署本授權書，請說明關係：（父母、法定監護人、受託人、個人代表）	

- 如果此項要求是由會員的法定代表簽署，您必須提供授權您代表會員的法律文件（例如：法定監護人、受託人、個人代表）。
- 如果您代表未成年兒童提出此項要求，我們可能會索取額外資訊，此項要求才算處理完成。

請簽名並將填妥的授權書交回至：

**HIPAA Member Rights Team**  
**PO Box 14079**  
**Lexington, KY 40512-4079**

或者您可將其傳真至：**859-280-1272**

我們遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而歧視他人；我們也不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而排擠他人或對人有差別待遇。如果您說英語以外的其他語言，您可獲得免費語言協助服務。請造訪我們的網站或致電本資料所列的電話號碼。

此外，您的健保計畫可在必要時提供免費輔助和服務，以確保殘疾人士擁有平等的機會能夠有效地與我們溝通。您的健保計畫也為英語能力有限的人士提供免費語言協助服務。如果您需要上述服務，請致電您福利識別卡上所列的電話號碼與客戶服務部聯絡。

如果您認為我們未能提供上述服務或基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別等理由而透過其他方式歧視他人，您可向我們的申訴部提出申訴（請寫信至承保範圍證明中所列的地址）。您也可致電福利識別卡上所列的客戶服務部電話號碼（聽障專線：711）以提出申訴。如果您需要協助提出申訴，請致電您福利識別卡上所列的電話號碼與客戶服務部聯絡。

您也可以向美國衛生及公共服務部 (U.S. Department of Health and Human Services) 的民權辦事處提出民權投訴，網址為 [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf)。

**ESPAÑOL (SPANISH):** Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

**繁體中文 (CHINESE):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。