

## MEMBER RESTRICTION TO RECORDS FORM / 会员限制记录申请表

请填写此表格以申请限制您的健康信息的使用和披露。请使用您的 Providence Health Assurance (PHA) 会员 ID 卡协助您填写第 A 部分的详细信息。

### PART A: MEMBER INFORMATION (Provide your name and personal information) / 第 A 部分: 会员信息 (提供您的姓名和个人信息)

Member Last Name / 会员姓氏	Member First Name / 会员名字	Middle Initial / 中间名首字母
Member Date of Birth / 会员出生日期	Member Identification Number (see your ID card) / 会员身份识别号 (请参见您的 ID 卡)	Group Number (see your ID card) / 组号 (请参见您的 ID 卡)
Member Home/Street Address / 会员家庭/街道地址	City, State, and Zip Code / 城市, 州和邮编	Preferred Phone Number / 常用电话号码

### PART B: TELL US WHAT INFORMATION YOU WOULD LIKE TO RESTRICT / 第 B 部分: 请告诉我们您希望限制哪些信息

<input type="checkbox"/> Revoke an existing restriction / 撤销现有限制:	(Skip to Signature Section D) / (跳至签署第 D 部分)
<div>Date of Revocation / 撤销日期</div>	
<input type="checkbox"/> Limit what PHA shares with others involved in your care or payment, or limit information about your location, condition or death. / 限制 PHA 与参与您护理或付款的其他人共享的信息, 或限制有关您位置、状况或死亡的信息。	
Please list the person(s) below and describe what information should be restricted / 请在下方列出相关人员, 并描述应被限制的信息:	
Name / 姓名: _____	

Relationship to You /

与您的关系: \_\_\_\_\_

Specify Restriction /

具体限制信息: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PART D: MEMBER SIGNATURE AND DATE / 第 D 部分: 会员签名和日期

*I understand that PHA does not have to agree to my requested restriction(s). I understand this request will be reviewed and I will be informed if this request is accepted. / 我理解 PHA 没有义务同意我提出的限制申请。我理解此申请将被审核, 并会收到是否被接受的通知。*

\_\_\_\_\_  
Member's Signature / 会员签名

\_\_\_\_\_  
Date / 日期

\_\_\_\_\_  
Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature /  
会员指定法律代表/监护人签名

\_\_\_\_\_  
Date / 日期

Relationship to Member / 与会员的关系: ☐ Parent of a Minor / 未成年人的父母  
☐ \*Legal Guardian / \*法定监护人 ☐ \*Power of Attorney / \*具有代理权

*\*If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney. / \*如果本表由会员以外的其他人签署, 请附上监护人授权法律文件或委托书。*

## 第 E 部分: 将填写完成的表格交回 PHA

邮寄:	传真:	电子邮件:
Providence Health Assurance PO Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327	503-574-8608	phpprivacyprogram@providence.org

如有任何疑问, 请拨打 503-574-8000 或 1-800-603-2340 联系 Providence Medicare Advantage Plans。TTY 用户请拨打 711。我们每周七天均开放, 服务时间为上午 8 点至晚上 8 点 (太平洋时间)。4 月 1 日至 9 月 30<sup>日</sup>期间, 我们周六和周日休息。



## 我有权限制健康信息意味着什么？

您或您的个人代表有权要求限制 PHA 对您受保护健康信息的使用和披露。您只能请求限制与治疗、付款或医疗运营相关的使用或披露；任何法律要求的其他使用或披露，PHA 无法更改。Providence Health Plan 了解保护您的健康信息机密性的重要性。我们仅在法律允许和要求的条件下，使用和共享为向您提供服务所必需的信息。

## 我需要了解哪些内容才能行使这一权利？

- PHA 将在 30 天内回复您的申请。如果需要更多时间（最多可延长 30 天），我们会以书面形式通知您。
- 您可以要求我们不要出于某些目的使用或共享您的健康信息，例如治疗、付款或健康护理运营。在大多数情况下，我们没有义务同意您的请求。但是，如果您要求我们不要将信息与您的健康计划用于付款或运营目的，并且您已自行全额支付了该项服务，我们必须同意您的请求。
- 我们会以书面形式告知您是否能够同意您的限制申请。
- 如果我们同意了某项限制，该限制仅适用于 PHA 所维护的信息。
- 如果您希望限制由您的提供者持有的记录，请直接联系他们。
- 我们无法对已共享的信息施加限制。
- 如果您的申请被批准，我们会以书面形式通知您。
- 如果您的申请被拒绝，我们会解释原因，并告知您如有异议可如何以书面形式回应。
- 您可以随时通过联系客户服务部取消该限制。
- 在紧急情况下，PHA 可能会共享必要的信息以确认您的资格或协调您的护理。