

## MEMBER AUTHORIZATION FORM

### 会员授权表

填写此表格，授权 Providence Health Assurance (PHA) 与其他个人分享您的健康信息。请使用您的会员身份识别 (ID) 卡帮助您填写 A 部分的信息。



#### **PART A : MEMBER INFORMATION** (*Provide your name and personal information*)

##### **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 : INDIVIDUAL(S) WHO MAY RECEIVE MY INFORMATION** (*Name of the individual(s) you are authorizing to receive your health information*)

##### **B 部分：可接收我的信息的个人** (*您授权接收您健康信息的个人姓名*)

I understand the below-named individual(s) must be 18 years of age or older.

我了解以下个人必须年满 18 周岁。

1. Name of authorized individual : \_\_\_\_\_

1. 授权人姓名： \_\_\_\_\_

Relationship to Member : ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

与会员的关系： ☐ 配偶 ☐ 家庭伴侣 ☐ 朋友 ☐ 照顾者 ☐ 经纪人 ☐ 其他

2. Name of authorized individual : \_\_\_\_\_

2. 授权人姓名: \_\_\_\_\_

Relationship to Member : ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

与会员的关系: ☐ 配偶 ☐ 家庭伴侣 ☐ 朋友 ☐ 照顾者 ☐ 经纪人 ☐ 其他

3. Name of authorized individual : \_\_\_\_\_

3. 授权人姓名: \_\_\_\_\_

Relationship to Member : ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

与会员的关系: ☐ 配偶 ☐ 家庭伴侣 ☐ 朋友 ☐ 照顾者 ☐ 经纪人 ☐ 其他

**PART C : PURPOSE OF MY AUTHORIZATION** (*Select your reason for making this authorization by checking the appropriate box below*)

**C 部分: 我的授权目的** (请勾选下面相应的方框, 选择您作出此授权的原因)

☐ Member Request (personal reason)

☐ 会员请求 (个人原因)

☐ Other (please specify) : \_\_\_\_\_

☐ 其他 (请注明): \_\_\_\_\_

**PART D : INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA** (*Select the information you are authorizing to release by checking the appropriate box(es) below*)

**D 部分: 可由 PHA 分享的信息** (请勾选下面相应的方框, 选择您授权发布的信息)

☐ Appeals

☐ 上诉

☐ Benefits and Coverage

☐ 福利和承保范围

☐ Claims and Payment Information

☐ 索赔和付款信息

☐ Clinical Notes

☐ 临床记录

☐ Diagnosis and Procedure

☐ 诊断和程序

☐ Eligibility and Enrollment

☐ 资格和投保

☐ Financial

☐ 财务

☐ Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems

☐ 保费信息/解决账单问题/难题

☐ Referrals and Preauthorizations for Medical Services

☐ 转介和医疗服务预先授权

☐ Other (please specify) : \_\_\_\_\_

☐ 其他（请注明）： \_\_\_\_\_

**PART E: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHA (Write your initials on the line next to each type of sensitive information you are authorizing to share)**  
**E 部分：可由 PHA 分享的敏感信息（请在您授权分享的每类敏感信息旁边的横线上，填写您的姓名首字母）**

如果我们的记录包含以下任何类型的信息，则可能适用与信息使用和披露相关的其他法律。

*\*我了解某些类型的敏感信息，包括一些与酒精/物质使用有关的信息，受联邦和州隐私法律法规的保护，除非法律法规另有规定，否则未经我的书面同意不得披露。我理解并同意，只有我在具体敏感信息旁横线上填写我的姓名首字母后，以下信息才会被披露。*

\_\_\_\_\_ HIV (testing and treatment)  
艾滋病病毒（检测和治疗）

\_\_\_\_\_ Mental Health Data and Records  
心理健康数据和记录

\_\_\_\_\_ \*Alcohol/Drug/Substance Use  
(diagnosis, treatment, referral information)  
\*酒精/药物/物质使用  
（诊断、治疗、转介信息）

\_\_\_\_\_ Maternity/Pregnancy  
(reproductive health)  
生育/怀孕  
（生殖健康）

\_\_\_\_\_ Genetic Information (services or tests)  
遗传信息（服务或检测）

\_\_\_\_\_ Sexually Transmitted Illness/  
Disease (testing and treatment)  
性传播疾病/  
病症（检测和治疗）

**Please note :** To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHA from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member.

**请注意：**对于未成年人的父母/法定监护人，某些州的法律可能会禁止 PHA 在未获得未成年会员书面授权的情况下对您提出的有关敏感信息的请求采取行动。

\_\_\_\_\_  
*Minor Member's Signature*  
未成年会员签名

\_\_\_\_\_  
*Date*  
日期

**PART F : PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF** (*You may authorize the individual(s) named in Part B to perform administrative functions on your behalf as indicated below*)

**F 部分：代表我行事的授权**（您可授权 B 部分中具名个人代表您履行以下行政职能）

- ☐ Request a new ID card
- ☐ 申请新 ID 卡
- ☐ Change my address
- ☐ 更改我的地址
- ☐ Inquire/choose/change my primary care provider
- ☐ 询问/选择/更换我的初级保健提供者
- ☐ Enroll/disenroll me from the plan
- ☐ 为我投保/退保计划
- ☐ Correct missing/erroneous demographic information (age, gender, marital status, race)
- ☐ 更正遗漏/错误的人口信息（年龄、性别、婚姻状况、种族）

**PART G : DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES** (*This authorization will remain in effect for three (3) years from the date it is signed unless you specify an earlier expiration date*)

**G 部分：您授权的有效期限**（本授权书自签署之日起三 (3) 年内有效，除非您指定了更早的有效期限）

- ☐ Three (3) years      ☐ Other/earlier expiration date (please specify):
- 三 (3) 年                      其他/更早的有效期限（请注明）： \_\_\_\_\_

*California Residents : An authorization form in California generally expires one (1) year from the date it is signed unless a different expiration date is specified. The maximum expiration date permitted by PHA is three (3) years.*

*加州居民：在加州，授权表的有效期限通常为自签署之日起一 (1) 年，除非另有指定。PHA 允许的最长有效期限为三 (3) 年。*

**PART H: REVOCATION AND ACKNOWLEDGEMENT** (*Your rights related to this authorization, including the right to revoke your authorization*)

**H 部分：撤销和确认**（您与本授权有关的权利，包括撤销授权的权利）

您有权在有效期限之前随时以书面形式撤销本授权。如果您撤销授权，将不再出于本授权中所述的目的使用或披露您的信息，但 PHA 根据您的授权已经采取的任何行动除外。经您授权后已进行的任何使用或披露均不可撤销。

如需添加授权个人或对授权进行其他更改，请填写并提交新的授权表。如需撤销现有授权，请发一份书面申请，撤销当前存档的表格。您的书面申请一经 PHA 接收并处理，撤销即生效。您的申请必须包含您的全名、会员 ID 号和出生日期，且必须邮寄至 Providence Health Assurance，地址：P.O. Box 5548, Portland, Oregon, 97228-5548.

签署 I 部分即表明，您承认并接受以下内容：

“我理解、同意并允许 *Providence Health Assurance* 按照我的上述要求使用和披露我的信息。我证明我自愿签署本授权书。我明白 *Providence Health Assurance* 并未将签署此授权书作为接受治疗、支付费用或享受福利的前提条件。

我理解，我的信息一经分享，被授权人可能会使用和披露该信息，并且可能不再受联邦法律保护。此外，我也理解联邦或州法律可能会限制 HIV 检测或结果信息、心理健康信息、遗传信息以及药物/酒精诊断、治疗或转介信息的重新披露。”

**PART I: MEMBER AUTHORIZATION (To finish your authorization, sign your name and write the date below)**

**I 部分：会员授权（要完成授权，请在下方签署您的姓名并写上日期）**

\_\_\_\_\_  
*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:* ☐ *Parent of a Minor* ☐ *\*Legal Guardian* ☐ *\*Power of Attorney*  
与会员的关系：☐ 未成年人的父母 ☐ \*法定监护人 ☐ \*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，请附上监护人或委托书等授权法律文件。*

**PART J: RETURN THE COMPLETED FORM TO PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE**

**J 部分：将填妥的表格交回 PROVIDENCE HEALTH ASSURANCE**

电子邮箱：	传真：	邮寄：
memberauthorizationrequest@providence.org	503-574-8116	Providence Health Assurance Attn: Customer Service P.O. Box 5548 Portland, Oregon 97228-5548

如有任何问题，请联系普罗维登斯医疗保险优势计划（Providence Medicare Advantage Plans），电话：503-574-8000 或 1-800-603-2340。TTY 用户应拨打 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）。从 4 月 1 日至 9 月 30 日，周末暂停服务。

请保留此表格的副本以备查用