

1

參加授權

本人, _____, 同意與 _____ 參加醫療保健協調計畫
受益人工整填寫姓名 醫療保健協調計畫負責人工整填寫姓名

受益人或受益人法定代表之簽名

日期

2

資訊共用同意書

您的健康資訊係私人資訊，除非您同意或適用之華盛頓州或聯邦法律容許共用，否則不得提供給其他人。能够獲取及查閱您的健康資訊的服務提供者/合作夥伴須遵守所有該等法律。若您的健康資訊位於電腦系統或紙上，既是如此。除適用於所有類型健康資訊之法律外，相關法律亦對與性傳播疾病、心理健康治療及藥物濫用障礙有關之資訊提供了更大保護。

本人同意，本人的醫療保健協調計畫可從該表所列之服務提供者/合作夥伴處獲取本人的全部健康資訊，以協調本人之護理。本人亦同意，醫療保健協調計畫及該表所列之服務提供者/合作夥伴可相互共用本人的健康資訊，及參與管理本人護理之其他服務提供者/合作夥伴。本人明白，該表會取代本人之前簽署之任何其他醫療保健協調計畫參加授權和資訊共用同意書。若改變主意或想撤回同意，本人可隨時簽署**醫療保健協調計畫參加-選擇退出/拒絕服務**表並提交給本人的醫療保健協調計畫。

請注意：若您的健康記錄包含任何下列資訊，則您亦須填寫該部份以包含該等記錄。

本人准許披露下列相關資訊（請於所有適用選項旁邊簽上姓名首字母）：

_____ 心理健康 _____ HIV/AIDS和STD測試結果、診斷或治療

注意：若要同意披露機密的酗酒或吸毒治療資訊，您須單獨填寫**物質濫用疾病(SUD)服務資訊披露(ROI)**表。

請於下方的合適選項旁簽上姓名首字母。

本同意書有效： _____，只要本人的醫療保健協調計畫需要本人之記錄；或者

_____ 直至 _____

_____ 日期或事件

本人可隨時書面撤銷或撤回該同意，但將不會影響已共用之任何資訊。該表之複本可代表本人准許共用記錄。

受益人之工整填寫姓名

受益人之出生日期

受益人或受益人法定代表之簽名

日期

法定代表之工整填寫姓名（若適用）

法定代表與受益人的關係

於第二頁上列出您的服務提供者/合作夥伴。

醫療保健協調計畫受益人之工整填寫姓名

列出參加計畫之服務提供者/合作夥伴的姓名	受益人給予同意		受益人撤銷同意	
	日期(MM/DD/YYYY)	姓名首字母	日期(MM/DD/YYYY)	姓名首字母
過去的護理協調機構(CCO)/負責人				
過去的CCO/負責人				

每年的同意覆審日期(MM/DD/YYYY)	護理協調員姓名	護理協調員簽名

該資訊披露應包括醫療保健協調計畫參加授權和資訊共用同意書表之第1頁，以便提供法律授權來為上列受益人披露資訊。

關於受益人資訊共用和同意流程之詳情：

1. 服務提供者/合作夥伴將會如何使用本人的資訊？

服務提供者/合作夥伴將會使用您的健康資訊來協調和幫助您管理您的健康護理。

2. 我的健康資訊來自哪裡？

您的健康資訊來自過去為您提供健康護理或健康保險的地點與人員。這些可能包括醫院、醫生、藥房、實驗室、健康保險計畫、Apple Health (Medicaid)計畫，及其他共用健康資訊之團體。您可致電您的護理協調員，獲得所有地點與人員的清單。

3. 哪些法律法規規定了能夠如何共用本人之健康資訊？

可保護健康資訊的法律法規包括華府法規RCW第70.02章、聯邦《健康保險流通與責任法案》(HIPAA)，及聯辦法規42 CFR第2部份。

4. 若我同意，誰可獲取和查看我的資訊？

您同意可獲取和查看之服務提供者/合作夥伴方可獲取或查看您的資訊。適用法律亦可容許獲取或查看您的資訊。譬如說，當您從一個並非您通常的醫生或服務提供者那裡得到護理時，例如一家新的藥店、醫院或其他服務提供者，些許資訊，例如您的健康保險計畫支付之費用或您的醫療保健協調計畫服務提供者之名字，或會提供給他們或讓他們看到。有關誰能獲取資訊之詳情，請查閱我們的「隱私慣例通知」。

5. 若有人在未經我同意的情況下使用我的資訊，該怎麼辦？

若您認為有人不正當使用您的資訊，請致電您的個案協調員或撥打HCA醫療援助客戶服務中心(MACSC)免費熱線1-800-562-3022 (TRS: 711)。

6. 如何變更表格上的服務提供者/合作夥伴的清單？

您可隨時向清單新增姓名，方法是新增服務提供者/合作夥伴資訊，並填寫新增項旁邊的「受益人給予同意」欄。您可刪除您不再想包含的人員，方法是填寫之前新增的服務提供者/合作夥伴旁邊的「受益人撤銷同意」欄。

7. 若我後來改變主意並想要撤回同意，該怎麼辦？

您可隨時取消同意，方法是簽署醫療保健協調計畫參加-選擇退出/拒絕服務表並提交給您的護理協調員。要獲得該表，可線上獲取或撥打HCA醫療援助客戶服務中心(MACSC)免費熱線1-800-562-3022 (TRS: 711)。若您需要，您的護理協調員將會幫助您填寫該表。

注意：若您決定取消同意，已獲得您資訊的服務提供者不必將您的資訊返還給您或從他們的記錄中清除。

8. 我何時可獲得該「醫療保健協調計畫參加授權和資訊共用同意書」表之複本？

您簽名後即可獲得該表之複本。