

## 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:

---

---

---

---

**Перейдите к следующей странице**

# ЗАПРОС НА УСТАНОВЛЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

## Подпись участника плана

Я прошу Partnership Health Plan of California (PHC) ограничить использование и разглашение моей защищенной медицинской информации, как указано выше. Я понимаю, что PHC не несет никаких обязательств по согласию с моим запросом, и согласие не будет предоставлено до тех пор, пока Компания не сообщит об этом в письменном виде в ответ на мой запрос.

Подпись участника плана: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

## В случае если данную форму заполняет не участник плана:

Имя, фамилия личного представителя:

\_\_\_\_\_

Кем приходится лицу:

\_\_\_\_\_

## ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ КОПИИ ДАННОГО ЗАПРОСА

### Отправьте ваш запрос по почте на адрес:

Privacy Officer

Partnership HealthPlan of California

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

ИЛИ

ФАКСОМ по номеру 707-863-4117, Кому: Privacy Officer