

**授權代表聲明 — 第 1 頁 / 共 2 頁**

STATEMENT OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE - Page 1 of 2

我明白 Kaiser Permanente 不會因為我同意或拒絕提供本授權而對我的治療、付款、註冊或享受福利的資格附加任何條件。

**第一部份：** 如果您希望授權由另一方代表您提交申訴、投訴、醫療審查或上訴，請填寫以下表格。如果您希望該人士收到有關您的治療和護理的「受保護健康資訊」（PHI），您必須勾選以下適當的方框，您和您的授權代表均須在本表中簽名和填寫日期。**請將填妥的表格寄回至處理您的案例的會員服務部。**

您的姓名和地址 / Your Name and Address

日間電話號碼 / Daytime Phone # ( )	其他電話號碼 / Alternate Phone # ( )
醫療記錄號碼 / Medical Record #	醫療保障計劃 ( Medicare ) 號碼 / Medicare #

**第二部份：** 我在此授權以下所列人士作為我的代表，處理我從 Kaiser Permanente 接受的護理或服務品質問題或我作為 Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ( KFHP ) 會員可能有權獲得的服務或用品之保賠範圍問題。我明白本授權純屬自願，我有權選擇以書面形式通知 KFHP 及我指定的代表撤銷該授權。KFHP 和我指定的代表將不再使用或披露我的受保護健康資訊，除非 KFHP 或我指定的代表已經根據本授權採取措施。

指定人士的姓名 / Name of Designated Person

地址 / Address

城市 / City	州 / State	郵遞區號 / ZIP Code
日間電話號碼 / Daytime Phone # ( )	其他電話號碼 / Evening Phone # ( )	

我授權 KFHP 向以上所列個人披露有關我的醫療狀況和護理及 / 或付款資訊的受保護健康資訊。該資訊必須與\_\_\_\_\_（申請日期）向會員服務部提交的申請相關。

**指定** 請勾選適當的方框並填寫姓名首字母縮寫，指定授權披露的資訊類型。

**記錄：**

<input type="checkbox"/> 醫療資訊 _____ 姓名首字母縮寫 / INITIAL	<input type="checkbox"/> 心理治療資訊 _____ 簽名 / SIGNATURE 日期 / DATE
--	---

<input type="checkbox"/> 吸毒 / 酗酒資訊 _____ 簽名 / SIGNATURE 日期 / DATE	<input type="checkbox"/> 愛滋病病毒 ( HIV ) 血液測試結果 _____ 簽名 / SIGNATURE 日期 / DATE
--	---

其他健康資訊 ( 請在下方說明 )

說明披露的記錄： \_\_\_\_\_

本授權立即生效，直至本人的申請得到提前解決或最終解決或 \_\_\_\_\_（填寫日期）。



**授權代表聲明 — 第 2 頁 / 共 2 頁**

STATEMENT OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE - Page 2 of 2

**撤銷授權：** 本授權亦受會員 / 病人隨時以書面形式撤銷之制約。書面撤銷授權一旦收到立即生效，除非披露資訊的一方或其他人已經根據本授權採取措施。

**重新披露：** 我明白資訊接受人不得進一步合法使用或披露健康資訊，除非獲得我的另一份授權或此類使用或披露係根據法律的具體要求或許可而作出。

**您的簽名 / Your Signature:** \_\_\_\_\_

**日期 / Date:** \_\_\_\_\_

**第三部份：**

我被授權代表 \_\_\_\_\_ 並根據以下授權簽署本授權：

- 法律授權（授權委託書等）       會員書面指定
- 父母、監護人或其他代替父母的個人

**授權代表 / Authorized Representative:** \_\_\_\_\_

**日期 / Date:** \_\_\_\_\_

**病人有權獲得本表的一份副本。  
Patient has a right to a copy of this form.**