

## 保密通訊申請表

感謝您選擇 Alameda Alliance for Health (Alliance)。我們是您的健康良伴。作為 Alliance 會員，您有權利選擇如何共享您的受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI)。您可以要求我們僅透過郵寄、電子郵件（安全發送電子郵件）或電話與您聯絡。

如需申請保密（私密）醫療通訊，您必須將本表格提交至：

Alameda Alliance for Health  
ATTN: Member Services Department  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502  
傳真：1.877.747.4504  
電子郵件：memberservices@alamedaalliance.org

### 第 1 部分：會員資訊

姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_

出生日期（月/日/年）：\_\_\_\_\_

Alliance 會員 ID 編號：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_  家庭電話  手機

### 第 2 部分：如何接收保密通訊

本人申請透過以下方式（請選擇所有適用項）向本人發送含有保密（私密）資訊的通訊：

- 郵寄至首選地址：
- 地址：\_\_\_\_\_
- 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_
- 發送電子郵件：\_\_\_\_\_
- 撥打電話：\_\_\_\_\_  家庭電話  手機

### 第 3 部分：簽名

在下方簽名，即表示本人確認上述資訊正確無誤。本人希望應用這項通訊變更，直至本人取消或提交新的保密通訊申請表。

如果您代表會員簽名，請在下方說明您與會員之間的關係。如果您是會員的個人代表，請向我們發送這些表格（例如授權書或監護令）的副本。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

與會員的關係（如果代表會員簽名）：\_\_\_\_\_