

患者健康資訊披露授權表



Health Information Management Department 1200 12 th Ave S., Suite 901, Seattle, WA 98144 / 電話：206.548.3043 / 傳真： 206.461.8382 電郵：healthrecords@neighborcare.org			醫療記錄編號 (可選)		
患者資訊					
患者姓名：				出生日期： / /	
曾用名：				電話號碼：	
披露資訊的披露方：			披露資訊的接收方：		
<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> 其他 (見下方)	<input type="checkbox"/> Neighborcare Health		<input type="checkbox"/> 其他 (見下方)
姓名：			姓名：		
地址：			地址：		
市：		州：	郵遞區號：		
市：		州：	郵遞區號：		
電話：		傳真：	電話：		傳真：
您希望您的記錄以什麼方式遞送？ (選擇一項。若未指定，則記錄將採用紙本形式寄送)					
<input type="checkbox"/> 紙本	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> 加密電郵 (輸入電郵地址)：			
為何對此資訊進行披露？					
<input type="checkbox"/> 轉介保健服務		<input type="checkbox"/> 個人用途		<input type="checkbox"/> 法律用途	
<input type="checkbox"/> 其他：					
您希望披露哪種類型的資訊？					
<input type="checkbox"/> 去年的所有記錄		<input type="checkbox"/> 所有服務日期的所有記錄		<input type="checkbox"/> 免疫接種記錄	
<input type="checkbox"/> 最新的實驗室檢測結果		<input type="checkbox"/> 最新的肺結核檢測結果		<input type="checkbox"/> 最新的放射檢查結果	
<input type="checkbox"/> 其他 (請說明)：					
口頭溝通					
<input type="checkbox"/> 我授權 Neighborcare Health 與上方指明的人士口頭討論我的醫療保健。					
敏感資訊					
除非我在下方另行指明，否則我授權可披露所有敏感資訊，包括心理/精神疾病的檢測、診斷或治療，藥物和/或酒精的使用，HIV/愛滋病，或性傳播疾病。					
<input type="checkbox"/> 我拒絕授權披露該等資訊。					
失效日期					
此項授權將在下方簽署之日起的一年後失效，除非另行列出： / /					
我作為 Neighborcare Health 患者的權利					
我理解，我並非必須簽署此授權表，才能獲取醫療保健福利 (治療、付款或入保)。但是，當目的是為第三方創建醫療保健資訊時，我必須簽署授權表，才能參與某項必要的研究。					
我可以隨時透過向 Neighborcare Health 提交書面申請的方式撤回此項授權。這將不適用於在收到書面申請之前已經披露的任何資訊。					
當醫療保健資訊被披露之後，接收資訊的個人或組織可能會再次披露該等資訊，且該等資訊可能不再受到健康保險隱私及責任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 或其他隱私法律的保護。					

患者*或法定監護人簽名		
若由患者或法定監護人以外的其他人簽署，請提供授權您進行簽署的文件證明。		
簽名：	工整書寫姓名：	日期：
	與患者的關係：	/ /
未成年人同意（13-17 歲的未成年人必須簽署以授權披露資訊）。		
未成年人簽名：	工整書寫姓名：	日期：
		/ /

* 18+ 歲的患者以及部分未成年患者有權申請獲取其自己的醫療記錄的副本。

2021/4/26