

## 健康資訊發佈授權書

### 第 1 部分:患者資訊(請列印並填寫所有空白處)

名 \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 位址: \_\_\_\_\_

編: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

#### 醫療記錄申請者:

患者(本人)  授權人(POA)  家長(18歲以下患者)  法定代表人 如果不是患者(本人),

#### 則將向其提供記錄的授權代表如下

名 \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

位址: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

#### 必須檢查並獲得這兩項中的至少一項:

獲得患者身份證複印件  獲得代理人身份證複印件

### 第 2 部分:資訊申請(請勾選所有相應的方框)

使用或披露資訊的具體類型(「所有記錄」或不完整的日期不視為具體資訊):

請指明醫院或診所/醫生: \_\_\_\_\_  放射學報告  放射圖像  出院摘要

實驗報告  業務報告  免疫接種  諮詢說明  備註  急診室報告  病史和體格檢查  心臟測試

其他: \_\_\_\_\_

#### 包括以下敏感記錄: { } 心理健康 { } 愛滋病/性病 { } 基因檢測

藥物/酒精濫用:第 6 部分中要求見證人簽字,以便公開這些敏感記錄類型;對於年齡在 18 歲以下的未成年人,需要見證人簽字,以便公開這些敏感記錄類型。12-17 需要未成年人在第 6 部分簽名,以便公佈精神健康、愛滋病毒/愛滋病/性傳播疾病或藥物/酒精濫用記錄  
以下治療日期 \_\_\_\_\_ (具體日期為 1/2/2022 或日期範圍: 2022 年 1 月至 7 月)

### 第 3 部分:本人授權 Insight 醫院和醫療中心將上述患者記錄提供給以下機構

個人/組織名稱: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_ 位址: \_\_\_\_\_

郵編: \_\_\_\_\_ 傳真: \_\_\_\_\_

### 第 4 部分:交付方式(電子交付不包括放射圖像)

傳真  美國郵件  安全電子遞送(需要互聯網接入 - 安全電子傳真、入口網站遞送)

患者或其法定代理人可致電 2525 S. Michigan Ave.領取時需出示附有照片的身份證件。

### 第 5 部分:披露目的(記錄可能有變動)

{ } 繼續護理 { } 個人原因 { } 保險 { } 法律 { } 其他: \_\_\_\_\_

### 第 6 部分:簽名

\*本人瞭解本人有權隨時書面撤銷本授權,並將撤銷文件發送至 INSIGHT ROJ 部門(位址:2525 S. MICHIGAN AVE, CHICAGO, IL 60616)。如果 INSIGHT 已根據授權採取了行動,則撤銷將不適用。

\*本人知道本授權將在 90 天后或以下具體日期失效: \_\_\_\_\_ 或甚至 \_\_\_\_\_。

\*本人瞭解本人有權檢查/獲取所使用/披露資訊的副本,並獲得本表的副本。

\*本人瞭解本人有權拒絕簽署本授權書,且 INSIGHT 不會以本授權書作為治療的條件,除非是為了支付索賠(不包括心理治療記錄)或提供醫療照護而必須揭露的資訊,且揭露資訊的目的僅為製作 PHI 以揭露給第三方(例如:就職前或人壽保險的身體檢查)。

本人特此確認本人已閱讀並完全理解上述聲明,並同意公開記錄。

患者簽名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

代表簽名(未成年人、授權委託人等) \_\_\_\_\_ 關係: \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

見證人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

(如果在第 2 部分中選擇了敏感記錄,則需要見證人簽字方可公佈)。

申請記錄處理完畢後,將表格和ID掃描到患者的電子病歷中。