

健康信息发布授权书

第 1 部分: 患者信息 (请打印并填写所有空白处)

名: _____ 姓: _____ 出生日期: _____

地址: _____ 邮编: _____ 电话: _____

医疗记录申请者:

患者 (本人) 授权人 (POA) 家长 (18 岁以下患者) 法定代表人 如果不是患者 (本人),

则将向其提供记录的授权代表如下:

名: _____ 姓: _____ 出生日期: _____

地址: _____ 邮编: _____ 电话: _____

必须检查并获得这两项中的至少一项:

获得患者身份证复印件 获得代理人身份证复印件

第 2 部分: 信息申请 (请勾选所有相应的方框)

使用或披露信息的具体类型 (“所有记录 “或不完整的日期不视为具体信息”):

请指明医院或诊所/医生: _____ 放射学报告 放射图像 出院摘要

实验报告 业务报告 免疫接种 咨询说明 备注 急诊室报告 病史和体格检查 心脏测试

其他: _____

包括以下敏感记录: { } 心理健康 { } 艾滋病/性病 { } 基因检测

药物/酒精滥用: 第 6 部分中要求见证人签字, 以便公开这些敏感记录类型; 对于年龄在 18 岁以下的未成年人, 需要见证人签字, 以便公开这些敏感记录类型。12-17 需要未成年人在第 6 部分签名, 以便公布心理健康、艾滋病毒/艾滋病/性传播疾病或药物/酒精滥用记录以下治疗日期 _____ (具体日期为 1/2/2022 或日期范围: 2022 年 1 月至 7 月)

第 3 部分: 本人授权 Insight 医院和医疗中心将上述患者记录提供给以下机构

个人/组织名称: _____ 电话: _____

地址: _____ 邮编: _____ 传真: _____

第 4 部分: 交付方式 (电子交付不包括放射图像)

传真 美国邮件 安全电子递送 (需要互联网接入 - 安全电子传真、门户网站递送)

患者或其法定代理人可致电 2525 S. Michigan Ave. 领取时需出示附有照片的身份证件。

第 5 部分: 披露目的 (记录可能有变动)

{ } 继续护理 { } 个人原因 { } 保险 { } 法律 { } 其他: _____

第 6 部分: 签名

*本人了解本人有权随时书面撤销本授权, 并将撤销文件发送至 INSIGHT ROJ 部门 (地址: 2525 S. MICHIGAN AVE, CHICAGO, IL 60616)。如果 INSIGHT 已根据授权采取了行动, 则撤销将不适用。

*本人知道本授权将在 90 天后或以下具体日期失效: _____ 或甚至 _____。

*本人了解本人有权检查/获取所使用/披露信息的副本, 并获得本表的副本。

*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)。

本人特此确认本人已阅读并完全理解上述声明, 并同意公开记录。

患者签名 _____ 日期: _____

代表签名 (未成年人、授权委托人等) _____ 关系: _____ 日期 _____

见证人签名 _____ 日期 _____

如果在第 2 部分中选择了敏感记录, 则需要见证人签字方可公布)。

申请记录处理完毕后, 将表格和 ID 扫描到患者的电子病历中。