

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。