



C S 0 0 2 0

针对使用或披露 / 查阅受保护健康信息的授权
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)
Simplified Chinese

Check (√) Facility:

- CUMC-Bergan Mercy, Good Samaritan, Immanuel, Lakeside, Mercy Corning, Mercy Council Bluffs, Midlands, Missouri Valley, Nebraska Heart, Plainview, Schuyler, St. Elizabeth, St. Francis, St. Mary's, Clinic (Specify), Other (Specify)

本人 () (请以正楷填写当事人【即：患者、住院病人或客户】) (Print Name of Individual [i.e., patient, resident or client])

特此授权上方勾选的机构使用和披露以下患者的受保护健康信息，如下所述：

Form with fields: 患者姓名 (Patient Name), 出生日期 (Date of Birth), 患者曾用名 / 别名 (Patient Previous / Other Name[s]), 街道地址 (Street Address), 电话 (Phone), 城市 (City), 州 (State), 邮编 (Zip Code)

本人授权以下个人或组织接收信息：

Form with fields: 姓名 / 名称 (Name), 街道地址 (Street Address), 城市 (City), 州 (State), 邮编 (Zip Code), 电话 (Phone), 传真 (Fax), 电子邮件地址* (Email Address* [Required for an Electronic Release])

以下可识别个人身份的健康信息可能会被使用和/或披露：

(以下是最常索取的各类文件。 以下文件并不构成您有权索取之病历的全部内容。)

请勾选 (√) 所有适用项：

- 摘要 (包括), 急诊室记录, 化验报告, 出院小结/最终诊断, 免疫接种 (注射) 记录, 物理治疗记录, 病史和体检记录, 放射影像 (即 X 光检查) 报告, 体检记录, 就诊报告, 其它诊断报告, 用药清单, 手术和程序, 诊断影像 (由放射科准备), 明细账单, 诊断检测结果, 其它

Form with fields: 治疗发布日期, 开始日期, 结束日期

Form with field: 使用和/或披露信息的原因或目的

本人请求以下列形式发布信息：

- 电子版 (HIM 部门户网站) (*需要电子邮件), 纸质版 (通过美国邮政邮寄或自取), 其它 (USB 等设备**) : (**设备必须由相关机构提供)



针对使用或披露 / 查阅受保护健康信息的授权
**(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
 ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)**
 Simplified Chinese

本人授权发布上方记录中所包含之有关药物或酒精滥用、药物相关病况、酗酒、精神/心理病况、精神/心理健康治疗和/或 HIV 相关病况治疗的任何信息。

禁止以授权为条件： 除非有以下情况，否则医疗保健服务提供者不得以您签署本授权为提供治疗的条件：

- 您在接受与研究相关的治疗；或
- 相关机构为您提供医疗保健服务的唯一原因是为了向第三方报告，例如您的雇主（如：重返工作岗位的健康状况）或学校（如：体育课体检）。

重新披露： 本人了解，根据本授权所使用和/或披露的信息可能不再受联邦隐私法（也称为 HIPAA）的保护，且本人健康信息的接收者可能会重新披露该信息。 不过，根据联邦法规（CFR）第 42 条第 2 部分《联邦物质滥用保密要求》的规定，接收者可能会被禁止披露可识别身份的药物滥用信息。

有效期： 除非相关机构收到下述撤销申请，否则本授权将自签署日期起一年后失效。

撤销申请：

本人了解，本人可随时以书面方式通知相关机构以撤销本授权，具体方式为向本信息发布授权中所指定的 CHI 实体发送信函或填写“授权撤销”表格。

本人了解，如果本人撤销此授权，此撤销行动不会影响在撤销函寄达之前所采取的任何行动。

本人了解，相关机构无法撤销已经做出的披露，并可能根据需要使用本人的健康信息来针对所提供的服务开立账单并收取费用。

本授权具有约束效力： 本授权中的声明具有约束和控制效力，且本人了解这些声明优先于相关机构隐私惯例通知中的声明。

本人了解，可能会对本人的病历副本收取费用。

如果本授权用于受保实体的营销，请注明受保实体是否会因使用和披露受保护健康信息而获得补偿。

是 否

当事人或个人代表签名 (Signature of Individual or Personal Representative)	日期 (必填) (Date [Required])	时间 (Time) <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
正楷填写当事人个人代表的姓名 (如适用) (Printed Name of Individual's Personal Representative [if applicable])		
担任当事人个人代表的理由 (例如：父母、法定监护人) (Rationale for Serving as Personal Representative to the Individual [e.g., parent, legal guardian])		

(如适用，请附上佐证文件，例如委托授权书文件或其它确立个人代表身份的文件。)