



受保護健康資訊使用或揭露/存取授權書

(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF / ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Traditional Chinese

Check (✓) Facility:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy | <input type="checkbox"/> Good Samaritan | <input type="checkbox"/> Immanuel | <input type="checkbox"/> Lakeside | <input type="checkbox"/> Mercy Corning |
| <input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs | <input type="checkbox"/> Midlands | <input type="checkbox"/> Missouri Valley | <input type="checkbox"/> Nebraska Heart | <input type="checkbox"/> Plainview |
| <input type="checkbox"/> Schuyler | <input type="checkbox"/> St. Elizabeth | <input type="checkbox"/> St. Francis | <input type="checkbox"/> St. Mary's | |
| <input type="checkbox"/> Clinic (Specify): _____ | | <input type="checkbox"/> Clinic (Specify): _____ | | |

本人 _____ 茲授權上述勾選之醫療機構使用及揭露下列病患的受保護健康資訊：
(請填寫個人姓名 [例如：病人、住民或客戶])

病患姓名 (Patient Name)		出生日期 (Date of Birth)
病患曾用名/其他姓名 (Patient Previous / Other Name[s])		
街道地址 (Street Address)		電話 (Phone)
城市 (City)	州別 (State)	郵遞區號 (Zip Code)

本人授權下列人員或機構接收資訊：

姓名/機構名稱 (Name)		
街道地址 (Street Address)		
城市 (City)	州別 (State)	郵遞區號 (Zip Code)
電話 (Phone)	傳真 (Fax)	電子郵件地址* (電子形式發布時必填) (Email Address* [Required for an Electronic Release])

可使用及/或揭露下列個別可識別健康資訊：

(以下是最常被請求的文件。這並不構成您完整的醫療記錄，您有權請求完整的醫療記錄。)

請勾選 (✓) 所有適用的項目：

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 摘要 (包含 ¹) | <input type="checkbox"/> 急診病歷 | <input type="checkbox"/> 檢驗報告 |
| <input type="checkbox"/> 出院摘要/最終診斷 ¹ | <input type="checkbox"/> 預防接種 (注射) 紀錄 | <input type="checkbox"/> 物理治療紀錄 |
| <input type="checkbox"/> 病史與身體檢查紀錄 ¹ | <input type="checkbox"/> 放射科 (例如：X光) 報告 | <input type="checkbox"/> 醫師紀錄 |
| <input type="checkbox"/> 會診報告 ¹ | <input type="checkbox"/> 其他診斷報告 | <input type="checkbox"/> 藥物清單 |
| <input type="checkbox"/> 手術及處置紀錄 ¹ | <input type="checkbox"/> 診斷影像 (由放射科準備) | <input type="checkbox"/> 詳細帳單 |
| <input type="checkbox"/> 診斷檢查結果 ¹ | <input type="checkbox"/> 其他 _____ | |

欲發布的就醫日期範圍：	自：	至：
使用及/或揭露資訊的原因或目的：		

本人請求以下列形式發布資訊：

- 電子形式 (HIM 部門入口網站) (*需提供電子郵件地址) 紙本 (郵寄或親取)
- 其他 (USB 等**) : _____ (**儲存裝置必須由醫療機構提供。)



受保護健康資訊使用或揭露/存取授權書
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF /
ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION)
 Traditional Chinese

本人授權發布上述紀錄中任何關於藥物或酒精濫用、藥物相關病症、酒精中毒、精神/心理病症、精神/心理健康治療及/或 HIV 相關病症的治療資訊。

禁止以授權為條件： 除非符合以下情況，否則醫療機構不得以您簽署此授權書作為提供治療的條件：

- 您正在接受研究相關的治療；或
- 醫療機構向您提供醫療服務的唯一理由是為了向第三方（例如您的 僱主 [例如：返回工作崗位的健康證明] 或學校 [例如：體育課的體檢]) 提交報告。

再揭露： 本人瞭解，根據本授權書使用及/或揭露的資訊可能不再受聯邦隱私法（也稱為 HIPAA）的保護，且接收本人健康資訊者可能再次揭露該資訊。然而，根據聯邦藥物濫用保密要求，42CFR 第 2 部分，接收者可能被禁止揭露可識別的藥物濫用資訊。

有效期限： 除非醫療機構收到如下所述的撤銷通知，否則本授權書將在簽署之日起一年後失效。

撤銷： 本人瞭解，本人可以隨時以書面形式通知醫療機構撤銷此授權，可寄送信函至本授權書上指定的 CHI 實體，或填寫「授權撤銷」表格。

本人瞭解，如果本人撤銷此授權，將不影響在收到撤銷信函之前已採取的任何行動。本人瞭解，醫療機構不能撤銷已做出的揭露，並可以在必要時使用本人的健康資訊來開立帳單並收取已提供服務的費用。

本授權書具有約束力： 本授權書中所做的聲明具有約束力和控制力，本人瞭解這些聲明優先於醫療機構的隱私慣例通知中所做的聲明。

本人瞭解，影印本人的醫療記錄可能會被收取費用。

如果此授權書是用於受規範實體的行銷目的，請註明受規範實體是否會因使用和揭露受保護健康資訊而獲得報酬。 是 否

個人或個人代表簽名 (Signature of Individual or Personal Representative)	日期 (必填) (Date (Required))	時間 (Time) <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
個人代表正楷姓名 (如適用) (Printed Name of Individual's Personal Representative (if applicable))		
擔任個人代表的理由 (例如：父母、法定監護人) (Rationale for Serving as Personal Representative to the Individual (e.g., parent, legal guardian))		

(如適用，請附上支持文件，例如授權書文件或其他可確立個人代表身分的文件。)