



患者访问其受保护健康信息的申请
(PATIENT ACCESS REQUEST TO THEIR
PROTECTED HEALTH INFORMATION)
Simplified Chinese

本表供患者申请访问（查看）、接收或发送本人医疗信息的副本。

患者姓名 (Patient Name)		出生日期 (Date of Birth)
曾用名/别名 (Previous / Other Name[s])		
电子邮件地址* (Email Address*)	电话 (Phone)	
街道地址 (Street Address)		
城市 (City)	州 (State)	邮编 (Zip Code)

申请提供记录的机构。请勾选适用项 (✓)。

<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	
诊所 (请具体说明) : _____		其他 (请具体说明) : _____		

服务日期： (请列出申请访问记录的日期或日期范围)	开始：	结束：
------------------------------	-----	-----

关于申请的记录：

(以下是最常申请访问的各类文件。以下文件并不构成您有权申请访问医疗记录的全部内容)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 摘要 (包括 ¹) | <input type="checkbox"/> 急诊室记录 | <input type="checkbox"/> 实验室检查报告 |
| <input type="checkbox"/> 出院小结/最终诊断 ¹ | <input type="checkbox"/> 免疫接种 (注射) 记录 | <input type="checkbox"/> 物理治疗记录单 |
| <input type="checkbox"/> 病史和体检记录 ¹ | <input type="checkbox"/> 放射影像 (即 X 光检查) 报告 | <input type="checkbox"/> 医生记录 |
| <input type="checkbox"/> 就诊报告 ¹ | <input type="checkbox"/> 其他诊断报告 | <input type="checkbox"/> 用药清单 |
| <input type="checkbox"/> 手术和程序 ¹ | <input type="checkbox"/> 诊断影像 (由放射科准备) | <input type="checkbox"/> 明细账单 |
| <input type="checkbox"/> 诊断检测结果 ¹ | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

我所申请访问信息的发布形式为：

- 电子版 (HIM 部门门户网站) (*需要电子邮件地址) 纸质版 (通过美国邮政邮寄或自取)
- 其他 (USB 等设备**) : _____ (**设备必须由机构提供)

本人授权发布上述记录中包含的任何有关药物或酒精滥用、药物相关疾病、酗酒、精神/心理疾病、精神/心理健康治疗和/或 HIV 相关疾病治疗的信息。

- 我将自取记录 (或)
- 请按提供的地址将记录寄给以下个人或相关方：

收件人姓名 (Recipient Name)	接收记录的电子邮件地址* (Email Address for Receipt of Records*)	
街道地址 (Street Address)		
城市 (City)	州 (State)	邮编 (Zip Code)

我清楚可能会收取寄送记录的最低费用。

患者或个人代表签名 (Signature of Patient or Personal Representative)	日期 (必填) (Date [Required])
打印姓名 (Print Name)	
如果是患者的个人代表, 请说明授权或与患者的关系 (如父母、法定监护人等) (If Personal Representative of the Patient, Authority or Relationship to Patient [e.g., parent, legal guardian])	

(请附上任何证明个人代表情况的文件副本, 如授权委托书、监护人证明书、遗产执行人或遗嘱管理人证明书等)