

授权使用和披露



若未能填写此表的所有部分，可能导致请求无效。

患者/参保者/客户信息			
患者的姓： 多布		电话号码：	
患者的名：		邮件地址：	
PHI 披露实体/个人		PHI 接收实体/个人	
姓名：		姓名：	
地址：		地址：	
市：	邮编：	市：	邮编：
电话：	传真：	电话：	传真：

披露的信息的用途：

- 个人用途 更换内科医师 法律调查
 延续护理 保险资格/福利 其他： _____

服务日期：

从： ____/____/____ 到： ____/____/____ 或 所有服务日期

披露的信息的类型：

- 诊疗记录 疫苗接种历史 实验室检查结果
 牙科记录 账单记录 放疗结果/成像
 妇产科记录 艾滋病毒检测结果 生育健康
 性传播疾病实
 验室检查结果 所有医疗记录 其他： _____

信息披露方式：

- 邮寄到上面列出的患者地址 MyAltaMed 患者门户
 其他（请说明）： _____ 加密的电子副本（CD、闪存盘）
 患者/委托人/法律代表自取

如果由患者以外的人取件，请写下此人姓名： _____

期限： 我理解此授权将于以下日期前有效：

到期日： ____/____/____ 或以下情况： _____.

授权使用和披露



如果没有到期日，则此授权将在签名日期后 6 个月失效。

限制条件：我理解，通过此授权披露的信息可能会被接收方再次披露，并且可能不再受联邦或州法律的保护。加利福尼亚州法律禁止申请人进一步披露您的健康信息，除非申请人获得您的其他授权，或者除非法律明确要求或允许此类披露。

患者权利：我理解，我有权获取此授权的副本。除非另有明确要求或法律允许，否则 AltaMed 不会根据我是否对披露请求进行授权，而决定我的治疗方式、付款、健康计划申请或福利资格。

取消授权：您可以随时取消授权。如果您选择取消授权，则必须以书面形式进行，并由您或您的法律代表签字并发送至以下地址：**AltaMed Health Services, Attn: Health Information Management Director, 2040 Camfield Avenue, Commerce, CA 90040。**您可以致电 323-622-2444 联系 HIM 总监，了解与授权相关的问题、疑虑或投诉。

如果由患者以外的人签署文件，请说明关系：

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 父母/法定监护人 | <input type="checkbox"/> 私人代表/法律代表 |
| <input type="checkbox"/> 护理者 | <input type="checkbox"/> 永久代理人 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____ | |

授权：

患者姓名（工整书写）

____/____/____
日期

签名

____/____/____
日期