



12401 Washington Blvd.
Whittier, CA 90602
P: 562.698.0811
TDD: 562.696.9267

**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**



ACT: _____ MR: _____
DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

www.pihhealth.org/patients-visitors/medical-records/

健康資訊的使用或披露授權

填寫本文件，即代表您授權披露和使用關於您的健康資訊。未提供所有必填資訊，可能導致本授權無效。

病患身份資訊 (必填)

病患姓名 _____ 出生日期 _____
地址 _____
住宅電話 _____ 手機電話 _____
電子郵寄地址 _____

健康資訊的使用和披露

本人特此授權

- PIH Health Hospital - Whittier 562.906.5695 PIH Health Hospital - Downey 562.904.5166
 PIH Health Physicians 562.698.0811 Ext. 13698 (或特定醫師/診所) _____

發出記錄的 **其他醫療保健機構**

向本人或 _____ 接受記錄的 **醫療保健機構/個人/組織**
地址 _____
電話號碼 _____ 傳真號碼 _____

在本節僅別選一個方格

披露以下聲明：

- A. 相關資訊 (出院記錄摘要、病史與身體狀況、會診、ER 報告、實驗室、放射科報告、心電圖、病理報告)
B. 與本人病史、精神與身體狀況以及所接受的治療相關的所有健康資訊，包括從其他醫療保健服務提供者接收的記錄 (合理的文書及複製手續費)
C. 僅下列記錄或健康資訊的類型包括在下列服務日期中：

<input type="checkbox"/> 急診/緊急護理醫師報告	<input type="checkbox"/> 病史與身體狀況報告	<input type="checkbox"/> 手術報告
<input type="checkbox"/> 出院記錄摘要報告	<input type="checkbox"/> 會診報告	<input type="checkbox"/> 實驗室報告
<input type="checkbox"/> 病理報告	<input type="checkbox"/> 麻醉報告	<input type="checkbox"/> 放射科膠片/影像
<input type="checkbox"/> 病理切片	<input type="checkbox"/> 放射科報告	<input type="checkbox"/> 治療記錄
<input type="checkbox"/> 新生兒記錄	<input type="checkbox"/> 疫苗接種記錄	
<input type="checkbox"/> 其他 _____		

為以上所選資訊指定 **日期** 或 **時段**：

從 (日期) _____ 至 (日期) _____

D. 本人明確授權發出下列資訊：

(別選適用項)	姓名首字母 _____	姓名首字母 _____
<input type="checkbox"/> 精神健康治療資訊	_____	<input type="checkbox"/> 酒精/藥物治療資訊 _____
<input type="checkbox"/> HIV 檢查結果	_____	<input type="checkbox"/> 工傷賠償資訊 _____

請透過以下方式提供本人的記錄 (如適用)

CD 門戶



12401 Washington Blvd.
Whittier, CA 90602
P: 562.698.0811
TDD: 562.696.9267

www.pihhealth.org/patients-visitors/medical-records/

**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**



ACT: _____ MR: _____
DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

健康資訊的使用或披露授權

目的

申請使用或披露資訊的目的

病患申請 或 其他 (說明原因) _____
限制 (如果有) _____

到期

本授權到期日期為 _____ (請填寫日期, 不得超過本授權日期後一年)

本人的權利

- 本人可拒絕簽署此授權。本人的拒絕不會對本人獲得治療或付款的能力、或者福利的資格產生影響。
- 對於要求本人允許使用或披露的健康資訊, 本人可檢查或獲得一份資訊副本。
- 本人可隨時撤銷本授權, 但須以書面形式提出, 並傳送至下列地址或傳真號碼:

PIH Health Hospital - Whittier
HIM Department
12401 Washington Blvd
Whittier, CA 90602
Fax: 562.967.2908

PIH Health Hospital - Downey
HIM Department
11500 Brookshire Ave
Downey, CA 90241
Fax: 562.967.2948

PIH Health Physicians
HIM Department
12401 Washington Blvd
Whittier, CA 90602
Fax: 562.967.2938

在收到撤銷申請時, 本人的撤銷即告生效, 除非其他人已根據本授權採取了相關行動。

根據本授權披露的資訊可由接收人再次披露。根據加州法律, 此類再披露在某些情況下不被禁止; 根據聯邦保密法(HIPAA), 相關資訊可能不再受到保護。但是, 根據加州法律, 接收本人健康資訊的人員不得再次披露資訊, 除非從本人處獲得針對此類披露的另一份授權, 或者法律明確要求或允許進行此類披露。

本授權複印有效。下方簽字人有權接收本授權的副本。

簽名

日期 _____ 時間 _____

簽名 _____
(患者/法定代表)

如果由患者以外的人士簽署, 請指明關係 _____

正楷姓名 _____
(法定代表)

Witness Signature _____ Print Name _____

Identification Verified by HIM Representative _____ (initials)