

發布醫療信息的授權

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION AUTHORIZATION

Medical Records Department Office
39500 Liberty Street, Fremont 94538
Ph: 510-252-5848 Fax: 510-770-8141



Our Community. Your Health.

患者姓名：_____

出生日期：_____

病人圖 #：_____

如果請求者是沒有耐性：

請求名稱：_____

請求者與患者的關係：_____

我授權 TRI-CITY HEALTH CENTER (二選一箱)：

- 送我的醫療信息的副本 或 獲得我的醫療信息

醫師，醫療機構或供應商名稱：_____

地址：_____

電話號碼：_____ 傳真號碼：_____

指定醫療記錄信息包括：

- 完整的醫療記錄 免疫接種
 從日期病歷 _____ 到 _____

注：醫療記錄可能包括與心理健康，酗酒/吸毒和艾滋病的參考信息。從心理健康和/或HIV檢測結果的實際治療記錄不會被披露，除非以下特別要求。

- 行為 / 心理健康 (病人縮寫 _____)
 結果 HIV 的血液測試 (病人縮寫 _____)
 酒精 / 藥物濫用 (病人縮寫 _____)
 其他 (指定): _____

有以下限制 (請詳細解釋):

這些信息可能被用於以下用途：

- 患者治療 個人
 保險或法律索賠 其他 (指定): _____

本授權自動失效一 (1) 年簽署的日期或日期：_____ (除非提前以書面形式撤銷)

我明白，我有權利獲得這一授權的副本。我明白，有一定的費用獲得醫療記錄，除非複製到醫生或衛生保健提供了直接發送。

簽名：

患者 / 代表

日期

主治醫生 / 提供商*

日期

*對於記錄的發布 (1) 由Lanterman-Petris-短法案 (LPS) 或 (2) 含艾滋病檢測結果的保護，獨立的授權需要為每個單獨披露。此外，該LPS行為往往需要兩個病人的治療醫生/提供商和病人簽訂之前，從信息發布授權。

OFFICE USE ONLY
STAFF NAME RECEIVING FORM
