



发布受保护健康信息授权书

姓名: _____ 出生日期: _____ SS# _____
(请正楷书写)

我允许 **Integral Care** 发布和/或与以下机构/个人共享我的受保护健康信息(PHI):

机构/个人名称(姓名): _____
地址: _____

电话号码: _____
电子邮箱地址: _____

拟发布信息: 请勾选所有适用项

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精神鉴定 | <input type="checkbox"/> 诊断复查 | <input type="checkbox"/> 个案管理员进度记录 |
| <input type="checkbox"/> 治疗计划 | <input type="checkbox"/> 护士进度记录 | <input type="checkbox"/> 人口统计信息 |
| <input type="checkbox"/> 危机评估 | <input type="checkbox"/> UA 结果/实验结果 | <input type="checkbox"/> 期间提供的信息 |
| <input type="checkbox"/> 叙事评估 | <input type="checkbox"/> 入院/出院日期 | <input type="checkbox"/> 个人预约 |
| <input type="checkbox"/> 账单记录 | <input type="checkbox"/> 智力测试 | <input type="checkbox"/> 其他 |
| <input type="checkbox"/> 药物清单 | <input type="checkbox"/> 智力/发育障碍(DID) | |
| | <input type="checkbox"/> 处方医生进度记录 | |

本人已知, 除勾选以下一个或多个框外, 本授权适用于本人记录中有关精神疾病、智力/发育障碍、药物使用障碍、人类免疫缺陷病毒/艾滋病等传染病和遗传信息的所有信息。

不要发布关于以下方面的信息: 药物使用障碍 遗传信息 传染病(包括人类免疫缺陷病毒/艾滋病)

拟发布信息应涵盖以下期间: 自 _____ 至 _____

如果没有给出时间期限, 发布的信息将涵盖本授权书到期日之前的所有信息。

发布目的如下:

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 持续护理 | <input type="checkbox"/> 残疾福利 | <input type="checkbox"/> 应我的请求 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 法律 | <input type="checkbox"/> 学校 | <input type="checkbox"/> 保险 | |

我已了解以下内容: 本授权书自愿签署, 我有权拒绝签署本授权书。拒绝签署本授权书不会影响我接收医疗保健服务或偿付服务的能力。本人可以查看将被披露的受保护健康信息。我本人有权以电子方式获取被披露的信息。我的受保护健康信息可能会以电子方式发布。本授权适用于以电子、纸质和口头形式发布的信息。

我可以在任何时间以书面形式向 **Integral Care** 撤回此授权书, 撤回不影响在收到通知之前已经披露的任何信息。所披露的受保护信息可能经由信息接收者再次披露, 并因此不再受州或联邦隐私保护法规的保护。Integral Care 无法控制通过本授权接收受保护健康信息的机构/个人如何使用受保护健康信息。

除撤回或特别声明, 本授权将自签署之日起一年后失效。

其他指定的到期日: _____

委托人签名: _____	日期: _____
父母/法定监护人签名: _____	日期: _____
姓名: _____	关系: _____

披露声明: 向您披露的信息可能取自联邦信息保密规章(第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分)中的保护记录资料。联邦规章禁止进一步披露此信息, 除非对此信息的进一步披露已获得该信息所涉及人士的明确书面同意, 或者属于第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分所许可的内容。对医疗信息或其它信息披露的一般授权不足以用于此目的。联邦规章限制使用该信息对任何酗酒或吸毒患者进行刑事调查或起诉。

请向以下机构提交病历申请:

Integral Care - 病历部
邮箱 3548
德克萨斯州奥斯汀, 78764-3548
(512) 440-4075
(512) 445-7726 (传真)
拟修订: 2017 年 6 月 29 日