



Kaiser Foundation Hospitals
Permanente Medical Groups

使用或揭露病人健康資訊授權書
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE
OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

註：部分特定申請可能需收費

患者姓名：

Kaiser 編號： 出生日期：

地址：

市鎮：

州： 郵遞區號：

電話號碼：

電子信箱：

Kaiser Permanente 不會因為病人同意或拒絕提供這項授權，而限制病人接受治療、付款、入保或福利資格的權益。

在此授權下述各 Kaiser Permanente 醫療中心：

揭露下文中指定的資訊，以用於下列用途：

Kaiser Permanente 可揭露本資訊給：

同上述對象（向病人揭露）

接收者姓名：

地址：

市鎮：

州： 郵遞區號：

電話號碼： 傳真號碼：

電子信箱：

下列日期範圍內的記錄或醫療記錄副本： 至

- 醫院和診所病歷 診所病歷 醫院病歷
- 僅限有關特定醫護人員： 或部門： 的病歷
- X 光片 X 光數位影像 化驗室檢測結果

請注意：本授權所揭露的醫院和診所病歷中，可能包括有關提及精神健康、酒精／藥物，以及愛滋病毒的病歷資訊。

精神健康或酒精／藥物部門出具的實際治療記錄，或愛滋病毒抗體檢驗結果，會受到特別保護，除非您在下方簽名，否則不會予以揭露。

精神健康部門病歷 → 簽名：

酒精／藥物依賴治療病歷 → 簽名：

愛滋病毒抗體檢驗結果 → 簽名：

媒體類型： 電子 書面 偏好的提供方式： 電子郵件／安全入口網站 郵寄 自行取件

有效期： 本授權書自簽署日期後一年內有效，除非此處另有指定日期
（日期）。

撤銷： 您或您的代理人可以透過書面請求撤回本授權書。如果您撤回本授權書，收到書面請求之前所揭露的資訊將不受影響。

資訊再揭露： 本健康資訊一經揭露，資訊接受者進一步揭露該資訊的行為將不再受聯邦隱私條例 (HIPAA) 的保護。加州的資訊接受者在進一步揭露本資訊前，必須先取得您的授權。

如果您要求填寫表格，我們可能會用標準化版本的表格替代，提供與您所要求的相同或類似資訊。本授權書之副本與正本效力相同。本人有權收到此授權書之副本。

日期 簽名 若非病人本人，請以正楷書寫姓名並說明與病人的關係