

公开医疗记录信息授权表

患者姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 电话号码：_____

_____ 电子邮件：_____

****公开医疗记录可能会收取费用****

递送到：_____ (个人/机构)

选择递送方式：

邮递地址：_____

电子邮件地址 _____ 传真号：_____

将被发布的记录: (选择所有适用的选项)

所有的医疗记录 分项账单报表 其他：_____

提供所有服务日期的医疗记录副本或者： 从：_____ 到：_____

注意：公开的医疗记录将包括精神健康，酒精/药物滥用和艾滋病毒/艾滋病等敏感信息。

此授权将用于：(请选择一项)

患者请求 保险 社会保障/残疾 其他：_____

继续护理 律师 工人赔偿 _____

- 我了解通过电子邮件进行沟通存在一定的风险，发送或接收的电子邮件可能被其他人拦截，更改，转发和/或阅读。
- 我知道，本人可随时以书面方式联系Athletico 600 Oakmont Lane, Suite C, Westmont, IL 60559 撤销该项授权书，并会在通知日期生效，但根据该项授权已经采取行动除外。
- 我知道如果我不签署这份表格，我的医疗保健不会受到影响。
- 我理解除非另有撤销，此授权将在下列日期或事件中过期：_____
- 如果未注明日期，授权将从签名日期起1年后过期。
- 我知道我有权在信息公布前查看我的健康信息。我也明白，我有权收到这份授权书的副本。

患者签名或法定授权代表签名

日期

患者打印体姓名或法定授权代表打印体姓名

法定授权代表与患者的关系

信息再次披露: 特此通知签署此授权的患者或法律代表, Athletico 无法保证接收的收件人不会将请求的健康信息中的任何或全部透露给其他人。特此通知接受者, 法律禁止再次披露任何关于药物和/或酒精滥用、艾滋病毒和精神健康治疗的健康信息。
