

医疗记录信息披露授权书

请填写所有字段，以确保得到及时处理

患者姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 电话：_____

城市和州：_____ 电子邮箱：_____

披露医疗记录可能需要付费

您想把记录发送给谁？_____

您希望以何种方式寄送记录？

邮寄地址：_____

电子邮箱：_____

传真号码：_____

需要哪些类型的记录？（可多选）

病历 职业健康记录 账单明细 其他：_____

需要哪个日期范围的记录？起始日期：_____ 结束日期：_____

注意：披露的记录可能包含敏感信息，例如心理健康状况、酗酒/药物滥用记录以及艾滋病（HIV/AIDS）等。

这些记录将用于什么用途？

患者请求 保险公司 社会保障/残疾部门 其他：_____

后续治疗 律师 工伤赔偿

- 我明白，通过电子邮件进行沟通存在诸多风险，发送或接收的电子邮件有可能被他人拦截、篡改、转发和/或阅读
- 我明白，我可以随时以书面形式向 **Athletico**（地址：2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523）撤销本授权，撤销自通知之日起生效，但撤销不适用于已依据本授权书采取的行动。
- 我明白，即使我不签署此授权书，我的医疗服务也不会受到影响。
- 我明白，除非另行撤销，否则本授权将于下列日期或发生下列事件时失效：_____。
- 如果未注明日期，授权自签署之日起一年后失效。
- 我明白，我有权在健康信息被披露前查阅这些信息。我还明白，我有权获得本授权书的副本。

患者签名或法定授权代表***

日期

患者或法定代理人的姓名（请用正楷填写）***

法定代理人与患者的关系

**** 如果由患者本人以外的人签署，则需提供额外文件以确认其具有法定代理权。*

再次披露：特此告知签署本授权书的患者或其法定代理人，Athletico 无法保证请求查阅的健康信息的接收方不会将这些信息再次披露给他人。此外，还告知接收方，联邦和州法律可能禁止再次披露某些敏感类别的健康信息，包括药物滥用障碍治疗记录、与艾滋病毒-相关的信息以及精神健康治疗信息；未经患者明确书面同意或法律另有规定，不得再次披露此类信息。

2026 年 4 月 2 日