

**医疗记录披露的授权表**

患者姓名: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

电子邮件: \_\_\_\_\_

**\*\*披露医疗记录可能会收取费用\*\***

邮寄到: \_\_\_\_\_ (个人, 包括个人后缀或者组织名称)

地址 \_\_\_\_\_

(需要处理): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

选择邮寄方式:

邮寄地址: \_\_\_\_\_

电子邮件地址: \_\_\_\_\_  传真 #: \_\_\_\_\_

被披露的医疗记录: (请选所有适用的选项)

所有的医疗记录  明细账单  其他: \_\_\_\_\_

提供我所有就诊日期的医疗记录副本: 从: \_\_\_\_\_ 到: \_\_\_\_\_

**注意:** 公布记录将包括心理健康、酗酒/滥用药物和艾滋病毒/艾滋病等敏感信息。

此授权将用于: (选一项)

患者的要求  保险  社会安全保险/残障保险  其他: \_\_\_\_\_  
 持续护理  律师  职工补偿 \_\_\_\_\_

- 我知道通过电子邮件沟通存在很多风险, 并且发送或接收的电子邮件有可能被他人拦截、更改、转发和/或阅读。
- 据我了解, 我可以在任何时候写信给 Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523 撤销此授权, 并在通知之日生效, 但已根据此授权采取行动的除外。
- 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, 否则此授权将在以下日期或事件到期: \_\_\_\_\_。
- 如果没有指明日期, 授权将从签署之日起一 (1) 年到期。
- 我知道我有权在信息发布前查看我的健康信息。我也知道, 我有权收到此授权的副本。

患者签名或法律授权代表

日期

患者或法律授权代表的印刷体姓名

法律授权代表与患者的关系

\*\*\*如果授权书由患者的律师签署, 则需要法律代理书

**重新披露:** 特此通知签署本授权书的患者或法定代表人, Athletico不能保证收到所请求的健康信息的接受者不会将其中任何或全部信息重新披露给他人。特此通知接受者, 法律禁止重新披露任何有关吸毒和/或酗酒、艾滋病毒和精神健康治疗的健康信息。