

将请求发送至：

Athletico 医疗记录 • 2122 York Road, Ste.300, Oak Brook, IL 60523

电子邮件: [medicalrecords@athletico.com](mailto:medicalrecords@athletico.com) • 电话 (630) 280-2812 • 传真 (630)280-2912

医疗记录信息

发布授权表

患者 出生  
姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 电话: \_\_\_\_\_

电  
子  
邮  
件: \_\_\_\_\_

\*\*公开医疗记  
录可能会收取  
费用\*\*

(个人, 包  
括后綴或  
组织)

交付  
给: \_\_\_\_\_  
地址  
(需要处  
理): \_\_\_\_\_

检查  
交付  
方式:  
 邮寄  
地址: \_\_\_\_\_  
 电子  
邮箱: \_\_\_\_\_  传真#: \_\_\_\_\_

待发布的记录: (选中所有适用项)

医疗记录  职业健康记录  明细帐单  其他: \_\_\_\_\_

请提供我以下服务日期的医疗记录副本: 从: \_\_\_\_\_ 到: \_\_\_\_\_

注意: 记录的发布将包括敏感信息, 例如心理健康、酒精/药物滥用和艾滋病毒/艾滋病。

此授权将用于: (勾选一项)

患者请求  
 持续护理

保险  
 律师

社会保障/残疾  
 工伤赔偿

其他:  
\_\_\_\_\_

- 我了解通过电子邮件进行通信存在多种风险，并且发送或接收的电子邮件有可能被其他人拦截、更改、转发和/或阅读。
- 我了解我可以书面形式向 **Athletico 2122 York Rd. Ste. 300 Oak Brook, IL 60523** 随时撤销此授权，并将于通知之日起生效，除非已依据本授权而采取行动。
- 我了解，如果我不签署此表格，我的医疗保健不会受到影响。
- 我了解，除非以其他方式撤销，否则此授权将在以下日期或事件到期: \_\_\_\_\_
- 如果未注明日期，此授权将从签署之日起一(1)年到期。
- 我了解我有权在发布之前查看我的健康信息。我亦了解我有权获得此授权书的副本。

---

患者签名或法定授权代表

日期

---

患者或合法授权代表的工整书写姓名

法定授权代表与患者的关系

\*\*\*如果患者律师签署授权书，则需要法律代表信

**重新披露:** 特此通知签署本授权书的患者或法律代表，Athletico 无法保证收到所请求的健康信息的接收者不会向其他人重新披露任何或全部信息。特此通知接收者，法律禁止重新披露有关药物和/或酒精滥用、艾滋病毒和心理健康治疗的任何健康信息。

10/27/23