

公開資訊授權

會員 / 病患姓名

出生日期

會員 / 病患會員卡號碼、社會安全號碼或病歷號碼 (圈選一個)

街道地址

城市

州

郵遞區號

我瞭解，我是自願做此授權。我瞭解，我的健康資訊可能受聯邦個人識別健康資訊隱私法規 (聯邦法典第 45 編第 160 和 164 部分)、聯邦酒精及藥品濫用病歷保密法規 (聯邦法典第 42 編第 I 章第 2 部分) 和 (或) 州法律保護。我瞭解，我的健康資訊可能會由收受人再公開，而且如果經授權可收受資訊的組織或個人並非醫療保險計劃或健康護理服務提供者，該資訊也許就不再受聯邦隱私法規保護。

我瞭解，我的紀錄可能包含與我的心理健康、藥物使用或依賴或性有關的資訊，還可能包含 HIV/AIDS 相關保密資訊。我也瞭解，在下面簽名即代表我授權向下列各當事人公開或交換這些紀錄。

我也瞭解，我的醫療保險計劃不得以我是否簽署本表格做為治療、給付、參加註冊或福利資格的先決條件，除非是為了在我參加註冊其醫療保險計劃前的某些資格或參加註冊裁決，以及為了僅供公開給第三方而建立受保護健康資訊的健康護理。

我瞭解，我可以在任何時候以書面通知 USBHPC 撤銷本授權，但我這麼做並不會影響 USBHPC 在收到撤銷通知前已採取的任何行動。

我茲此授權 USBHPC (勾選所有適用項目)：

- 與我在下面指明的當事人交換相關資訊
 向我在下面指明的當事人公開相關資訊
 向我在下面指明的當事人取得相關資訊

我茲此授權 USBHPC 以下列方式交換 / 公開 / 取得相關資訊：

- 限口頭 限書面形式 口頭和書面兩者

收受 / 傳達資訊的個人 / 組織：

姓名： _____

地址： _____

電話號碼： (_____) _____

欲公開 / 交換 / 取得的個人識別健康資訊說明 (勾選適當的資訊類型)：

- 全部 治療計劃
 請款 門診進度報告
 資格 / 福利 僅出席資訊
 用於裁決福利的臨床紀錄 (可包括 HIV/AIDS 和 (或) 濫用藥物資訊)
 所有與殘疾請款相關的紀錄
 所有 USBHPC 認為適合以下勾選目的之相關文件
 其他 (請說明)：
-

本公開的目的是 (勾選所有適用項目) :

- 允許做臨床上合適的管理，以及為會員 / 病患協調心理健康和 (或) 濫用藥物治療和 (或) 會員 / 病患健康福利計劃承保 (護理管理和協調)。
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 福利管理 | <input type="checkbox"/> 工傷賠償請款管理 |
| <input type="checkbox"/> 請款管理 / 給付 | <input type="checkbox"/> 殘疾請款管理 |
| <input type="checkbox"/> 雇主強制規定的治療轉介 | <input type="checkbox"/> 傳票或其他法律流程 |
| <input type="checkbox"/> 公開上述生理紀錄 | |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請說明) : | |
-
-

會員 / 病患或會員 / 病患的代表必須閱讀下列聲明，然後簽上姓名或姓名首字母：

我瞭解，本授權截止日期為：

- ____/____/____ (月 / 日 / 年)，或保單承保終止時或治療終止後 60 天，以其中時間較早者為準。

或

- 一旦發生下列事件時：
-
-

(必須先填妥表格再簽名)

會員 / 病患 / 法定監護人簽名，或
會員 / 病患的代表

日期

未成年會員 / 病患簽名

日期

以正楷書寫會員 / 病患代表的姓名

與會員 / 病患的關係

病患或本表格簽署人有權收受本同意表複本。已索取並收到本表格複本：

_____是 _____否 姓名首字母：_____ (病患)

您可以拒絕簽署本授權表