

Authorization to Release Protected Health Information

受保護醫療資訊釋出授權書

欄位 1:

病患姓名 (姓氏, 名字)	
出生日期 :	電話號碼 :
El Camino 醫院 (ECH) 獲得上述病患授權, 將受保護醫療資訊提供給右列人士	姓名: _____ 地址: _____ 電話: _____

欄位 2a:

欄位 2b:

釋出病歷種類 :	特殊受保護醫療資訊 :
<input type="checkbox"/> 相關資訊 : 包括醫生報告以及所有檢驗結果 (放射科、檢驗科、病理科、心電圖)	申請下列病歷資料者, <u>請簽姓名縮寫</u>
<input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____	_____ HIV 檢驗結果 _____ 行為醫學病歷 _____ 藥物 / 酒精成癮病歷

欄位 3a:

欄位 3b:

看診日期 :	釋出目的 :
_____	<input type="checkbox"/> 後續醫療服務 <input type="checkbox"/> 病患要求 <input type="checkbox"/> 其他 _____

欄位 4a :

欄位 4b:

格式 : (擇一)	寄送方式 : (擇一)
<input type="checkbox"/> 紙本	<input type="checkbox"/> 郵寄
<input type="checkbox"/> 光碟 經 El Camino 醫院的電子媒介提供, 資料將受密碼保護。若採郵寄方式, 密碼將分開寄出。	<input type="checkbox"/> 自行前來醫療資訊管理部門 (山景院區病歷部) 領取
<input type="checkbox"/> MyCare 網路服務 (注意 : 您必須擁有 MyCare 有效帳號, 才能透過病患入口網站查看病歷)	

欄位 5:

醫療資訊使用僅限 : _____



授權有效期限：此授權從簽名日期開始一年內有效，除非另行指定如下：_____

欄位 6:

病患權利與其他說明：

- 我了解此份資訊授權是自願性的。如果我拒絕簽署這份授權書，被要求的資訊就不會被釋出。
- 我的治療、費用、參加計畫或領取津貼的資格，都不會因我是否簽署這項授權而受到影響。不過若某醫學研究要求參加者提供這項授權，我有可能因此無法參與該項醫學研究。
- 我可以隨時撤銷這項授權。撤銷申請必須以書面提出，由我（或法定代理人）簽名，寄交至：
**El Camino Hospital – Health Information Management Department
2500 Grant Road (M/S ECHG23)
Mountain View, CA 94040**
- 我了解即使撤銷授權，也無法收回已依這份授權書釋出之醫療資訊。
- 依據這份授權而釋出之資訊，有可能被調閱者再次釋出，且因此不再受聯邦法令保護。不過加州法律禁止醫療資訊調閱者在無授權下再次對外釋出资訊，除非為法令所要求或准許的情況。
- 我有權檢閱或索取一份我所授權釋出资訊之副本。
- 我有權索取一份此授權書之副本。

欄位 7:

病患或法定代理人簽名

姓名（正楷）：_____

簽名：_____ 日期：_____

若非病患本人簽名，請說明您與病患之法律關係：_____

見證人：_____

醫療資訊管理部門/病歷部

Phone: 650-988-7462 Fax: 650-988-8246
電話: 650-988-7462 傳真: 650-988-8246

