

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

患者資訊

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| 病歷號 # | 出生日期: 年 / 月 / 日 | 社會安全號碼最後四位數: |
| 患者姓名: 姓 _____ 名 _____ 中間名 _____ | | |
| 曾用名: _____ | | |
| 電話: () _____ | <input type="checkbox"/> 宅電 <input type="checkbox"/> 手機 | <input type="checkbox"/> 電話留言 電子郵件: _____ |

病歷發佈至:

| | | |
|-----------|-----------|-------------|
| 姓名: _____ | | |
| 地址: _____ | | |
| 城市: _____ | 州: _____ | 郵遞區號: _____ |
| 電話: _____ | 傳真: _____ | 電郵: _____ |

格式類型 (選取一項)

遞送類型 (選取一項)

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 紙 | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> 郵件 | <input type="checkbox"/> 傳真 | <input type="checkbox"/> 領取 | <input type="checkbox"/> 電郵 (安全) |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|

治療日期與地點

從: 年 / 月 / 日 到 年 / 月 / 日

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center | <input type="checkbox"/> Laguna Honda Hospital and Rehab Center |
| <input type="checkbox"/> Balboa Teen Health Center | <input type="checkbox"/> Behavioral Health Services 1380 Howard Street |
| <input type="checkbox"/> Ocean Park Health Center | <input type="checkbox"/> Southeast Health Center |
| <input type="checkbox"/> Castro Mission Health Center | <input type="checkbox"/> Curry Senior Center |
| <input type="checkbox"/> Potrero Hill Health Center | <input type="checkbox"/> Tom Waddell Urban Health Center (230 Golden Gate Avenue) |
| <input type="checkbox"/> Chinatown Public Health Center | <input type="checkbox"/> Larkin Street Youth Center |
| <input type="checkbox"/> S.F. Behavioral Health Center 887 Potrero Avenue | <input type="checkbox"/> Tom Waddell Urgent Care (50 Dr Tom Waddell Place) |
| <input type="checkbox"/> Cole Street Youth Center | <input type="checkbox"/> Maxine Hall Center |
| <input type="checkbox"/> Silver Avenue Health Center | <input type="checkbox"/> Youth Guidance Center |

其他地點: _____

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

我的記錄何時會準備好?

- 記錄發佈申請通常在 5-10 個工作日內處理,不包括週末和節假日。
- 遵循要求的格式和交付方式:紙質、CD、安全電子郵件、郵寄、傳真、領取。
- 在記錄可以領取時將會聯絡您。
- 領取或審查記錄時需提供有效的照片身份證件。

審查您的記錄

- 完成記錄發佈表,選中「親自審查記錄」選項。註:在審查作業階段,只有您申請的記錄可供使用。
- 代表將在 5 個工作日內聯絡您安排預約。
- 您的預約將安排在正常工作時間內。
- 對於目前的 SNF 內部居民,代表將在 24 小時內聯絡您審查您的健康記錄。
- 請攜帶上面有簽名的帶照片有效身份證。
- 可有一人陪同。他/她的姓名必須包含要授權書中。
- 您將有大約 1 小時的時間來審查記錄。在您審查時會有員工在場;但他們無法回答任何醫學問題或解釋文件。
- 記錄審查費用是 15.00 美元,而且必須在部門內審查。

醫學記錄中的常用文件

| 具體記錄可能包括 | 所有記錄亦會包括: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 病史和體檢• 出院摘要(住院)• 病理學• 診斷(X 射線、CT、MRI、核醫學和超聲)• 實驗室檢查(驗血、驗尿等)• 病程記錄(住院)• 臨床記錄(門診)• 治療(物理、職業、語言)• 主要診斷檢查• (超聲心動圖、EEG、壓力測試、結腸鏡檢查等)• 心臟檢查• 手術報告 | <p>其他具體記錄:</p> <ul style="list-style-type: none">• 醫囑(住院)• 護理記錄和相關文件(住院)• 藥物管理記錄(住院)• <p><i>所有記錄來自第一次服務日期到目前日期。</i></p> <p>** 第 1 頁的「特殊授權」部分列出的特殊服務需要額外簽名和簽署日期。</p> |

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

申請目的 (45 CFR 164.508)

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個人使用 (副本) | <input type="checkbox"/> 保健提供者 | <input type="checkbox"/> 法律目的 |
| <input type="checkbox"/> 殘疾索賠 | <input type="checkbox"/> 保險 | <input type="checkbox"/> 親自記錄審查 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請指明): | | |

請選取要發佈的項目

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 相關資料包: 出院摘要、手術報告、實驗室檢查、X 射線檢查、會診、病理學 | | |
| <input type="checkbox"/> 出院摘要 | <input type="checkbox"/> 急診室記錄 | <input type="checkbox"/> 心電圖/超聲 |
| <input type="checkbox"/> 病史與體檢 | <input type="checkbox"/> X 射線/CT/MRI/ULT/NM | <input type="checkbox"/> 免疫接種 |
| <input type="checkbox"/> 會診報告 | <input type="checkbox"/> 病程記錄 | <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 |
| <input type="checkbox"/> 手術報告 | <input type="checkbox"/> 完整的健康記錄 | <input type="checkbox"/> 牙科 |
| <input type="checkbox"/> 麻醉記錄 | <input type="checkbox"/> 植入記錄 | <input type="checkbox"/> 其他: |
| <input type="checkbox"/> 病理報告 | <input type="checkbox"/> 藥物使用障礙治療記錄** | <input type="checkbox"/> 精神健康記錄** |

****特別授權 - 需要在下面另外簽名和簽署日期。**

| | | | |
|------------|----|----|-------|
| 藥物使用障礙治療記錄 | 簽名 | 日期 | 年/月/日 |
| 精神健康治療 | 簽名 | 日期 | 年/月/日 |
| HIV 檢測 | 簽名 | 日期 | 年/月/日 |
| 基因測試 | 簽名 | 日期 | 年/月/日 |

特殊說明: 下面指出對申請的記錄的任何限制 (日期、治療)

時間限制和取消權利

本健康資訊發佈授權純屬自願, 可隨時取消。除非取消, 否則本授權的有效期從簽名日期到年/月/日, 或者從簽名日期起一年內有效 (除非另有說明)。取消必須採取書面形式, 由您或您的代表簽名, 並且提交給申請病歷的機構。取消將在收到您簽名的取消書的日期生效, 但不適用於已經傳送的記錄。

再披露/再發佈

本人瞭解, 根據本授權披露的資訊可能被接收者再披露。該等再披露在某些情況下不受加州法律禁止, 可能不再受聯邦保密法律 (HIPAA) 保護; 但受 42 CFR Part 2 保護的資訊繼續獲得該保護。此外, 加州法律禁止本人健康資訊的接收人進一步披露, 除非獲得允許該等披露的另一份授權, 或者法律特別要求或允許該等披露。機構特此在指明且授權的範圍內豁免關於資訊披露的任何法律責任。

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

如何申請我的記錄?

。完成記錄發佈表後寄回適當的部門

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 病歷 醫院或診所的 醫學證明 | Zuckerberg San Francisco General Hospital 1001 Potrero Avenue, Bldg 5, 2nd Floor, 2B1 San Francisco, CA 94110-3518 | 星期一 - 星期五 8 am - 4:00 pm 週末及節假日關閉 628-206-8640 Fax: 628-206-8623 |
| | Laguna Honda Hospital and Rehab Center 375 Laguna Honda Blvd 3rd Fl., B-300 San Francisco, CA 94116-2411 | 星期一 - 星期五 8 am - 4:00 pm 週末及節假日關閉 415-759-3355 Fax: 415-759-2373 |
| 診斷影像 (如 X 射 線、CT 掃描) | ZSFG Imaging Library 1001 Potrero Avenue, Room 1X42 San Francisco, CA 94110-3518 | 星期一 - 星期五 8:30am - 4:30 pm 628-206-8033 Fax: 628-206-8946 |
| 精神健康記錄 | Behavioral Health Services 1380 Howard Street San Francisco, CA 94103 | 415-255-3487 Fax: 415-252-3001 |
| | San Francisco Behavioral Health Center 887 Potrero Avenue San Francisco, CA 94110 | 628-206-6314 Fax: 628-206-6316 |
| 帳單 (醫院) | ZSFG Billing Department 1001 Potrero Avenue, Bldg 20, 4th Floor San Francisco, CA 94110 | 星期一 - 星期五 8:00 am - 5:00 pm (關閉時間: 12 noon - 1:00pm) 628-206-8448 Fax: 628-206-4613 |

註: 多個地點的申請可單獨寄送

申請您的健康記錄

完成申請表

- 。填寫所有資訊。註: 資訊不完整會延遲記錄的發佈。
- 。列出在接受醫療服務時使用過的所有名稱。
- 。具體說明您想要的記錄。在「特殊說明」下, 您亦可指出不希望發佈的具體文件 (如: _____ 看診的記錄)。
- 。請對您的記錄要傳送至的每個地點填寫一份申請表。

費用

- 。註: 發佈至另一保健提供者的副本免費提供。
- 。在領取醫療記錄時可能要收取應付的費用。
- 。如果您申請所有記錄, 每捲記錄的費用可能超過 50.00 美元。
- 。經授權接收您的記錄的代理律師或保險公司可能對相關費用負責。
- 。其他部門 (如放射科與帳單部門) 可能收取其他費用。

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

本人權利

本人可拒絕簽署本授權。本人拒絕授權不影響本人的治療、費用或福利資格。本人可檢查或獲取將要披露的健康資訊副本。

副本 本人瞭解，我有權利獲取本授權的副本。

申請披露的患者或個人代表簽名

本人授權「舊金山公共健康/病歷部門」(San Francisco Department of Public Health/ Medical Records) 披露上述受保護的健康資訊。

患者/代表簽名： _____ **日期：** _____ 年/月/日

正楷書寫姓名： _____

如果不是患者本人，請指明與患者的關係：

家長 監護人 遺囑執行人 其他： _____

證人： _____

(患者/客戶無法簽名時必需)

HIS Staff Only:

ID Verification: Drivers License Passport Other _____

Verified By: _____ / mm/dd/yy

Initials and Date

Request Received By: _____ / mm/dd/yy Request Processed By: _____ / mm/dd/yy

Initials and Date

Initials and Date

Requested Copies Provided on mm/dd/yy via Mail Fax Pick Up Other _____

****MENTAL HEALTH RECORDS (Lanterman-Petris-Short Act)**

Undersigned physician, licensed psychologist or social worker in charge of mental health care of this client

APPROVES release of the mental health treatment records.

AGREES to provide a summary of the mental health record.

DENIED by clinician - Reason: _____

Other: _____

Mental Health Provider

Date: mm/dd/yy Signature: _____ CHN ID# _____

Degree

Printed Name/ designation

受保護健康資訊的使用或披露授權書

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH

舊金山健康網路醫院

**Zuckerberg San Francisco General
Hospital and Trauma Center**

1001 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110-3518

**Laguna Honda Hospital and
Rehab Center**

375 Laguna Honda Blvd
San Francisco, CA 94116-1411

SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK HEALTH CENTER ADDRESSES

**Balboa Teen
Health Center**

1000 Cayuga Avenue
San Francisco, CA 94112

**Castro Mission Health
Center**

3850 17th Street
San Francisco,
CA 94114-2031

**Chinatown Public Health
Center**

1490 Masan Street
San Francisco,
CA 94133-4222

Cole Street Youth Center

555 Cole Street
San Francisco,
CA 94117-2800

**Behavioral Health
Services**

1380 Howard Street
San Francisco, CA 94103

Curry Senior Center

333 Turk Street
San Francisco,
CA 94102-3703

Larkin Street Youth Center

1138 Sutter Street
San Francisco,
CA 94109-5608

Maxine Hall Health Center

1301 Pierce Street
San Francisco,
CA 94115-4005

Ocean Park Health Center

1351 24th Avenue
San Francisco,
CA 94122-1616

Potrero Hill Health Center

1050 Wisconsin Street
San Francisco,
CA 94107-3328

**San Francisco Behavioral
Health Center**

887 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110

**Silver Avenue Family
Health Center**

1525 Silver Avenue
San Francisco,
CA 94134-1229

**Southeast
Health Center**

401 Keith Street
San Francisco,
CA 94124-3231

**Tom Waddell Urban
Health Center**

230 Golden Gate Avenue
San Francisco,
CA 94102-3706

**Tom Waddell
Urgent Care**

50 Dr Tom Waddell Place
San Francisco,
CA 94102

**Youth Guidance
Center**

375 Woodside Avenue
San Francisco,
CA 94127-1221

註：記錄申請可直接傳送至您選擇的地點。