



**健康資料管理部**  
 電話: 626-574-3566 傳真: 626-898-8855  
 DL-UAH-HIMROIStaff@med.usc.edu  
**機密健康資料使用或披露授權書**

親自索取       郵寄       傳真       電郵

請完整填寫授權書。此授權書用於將您的健康保密資料交與第三方使用。如未能提供完整的資料填寫該授權書，則醫院病歷部將無法提供您的健康保密資料給第三方機構。

我特此授權美以美醫院向第三方機構提供我的健康保密資料如下：

證明文件：			
患者姓名：		病歷號：	
地址：		電郵：	
城市名：	州名：	郵編：	
生日：	電話：		
保密資料將交付第三方機構的信息：			
機構名稱：		電話：	傳真：
地址：		電郵：	
城市名：	州名：	郵編：	
所交付資料明細：			
醫療服務／住院日期：			
<input type="checkbox"/> 上述日期內患者所接受的醫療服務的相關紀錄，以及精神和身體狀況及所接受的診斷治療；和／或			
<input type="checkbox"/> 僅限特定類型的健康資料 _____			
<input type="checkbox"/> 放射科造影/CD <input type="checkbox"/> 病理切片圖片 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
希望由以下方式得到此資料: <input type="checkbox"/> 紙張文檔 <input type="checkbox"/> 電子文檔			
如果有的話，披露範圍的限制為：			
我特別授權同意美以美醫院交付以下資料與指定第三方機構 (如果適用請在此註明姓名起始字母):			

<input type="checkbox"/> 愛滋病/HIV 檢測結果 <input type="checkbox"/> 戒酒戒毒治療 <input type="checkbox"/> 精神疾病治療 <input type="checkbox"/> 如果不適用請在此註明姓名起始字母	
我申請授權的原因	
<input type="checkbox"/> 患者	<input type="checkbox"/> 他人:

有效期
本授權書在此特定日期作廢:

<b>權利和其他資訊提示:</b> <input checked="" type="checkbox"/> 可以拒絕在此授權書上簽字。(如果您拒絕簽字,我們則無法向您或索取者交出您的病歷。) <input checked="" type="checkbox"/> 可以審閱或要求得到一份要求交出的 健康保密資料的副本。 <input checked="" type="checkbox"/> 隨時可以收回此授權,但是必須將書面通知提交給美以美醫院,其地址為 <b>300 West Huntington Drive, Arcadia, CA 91007</b> 。授權的收回從醫院受到通知之日起生效,除非其他人已經根據此授權先行採取了行動。 <input checked="" type="checkbox"/> 治療、付費、或是否投保均不會作為提供或拒絕提供此授權的條件。 <input checked="" type="checkbox"/> 由此授權書所交付的健康資訊可由交付對象再次進行轉交。此類再轉交的機密資料可能不受加州法律保護,也有可能不再受聯邦保密法(HIPAA)所保護。 <input checked="" type="checkbox"/> 有權取得一份此授權書的副本。  如果勾選此欄 <input type="checkbox"/> ,則索取者會因為所交付的資料得到報償。(以市場行銷為目的)
--

簽名:		
簽名:	日期:	時間:
如果非患者本人簽名,則請簽名並註明您與患者在法律上的關係,同時出示相關身份證件和/或文件以支持授權書的申請理由。  患者代理者姓名: _____  <input type="checkbox"/> 未成年人的父母 <input type="checkbox"/> 合法監護人/託管人 <input type="checkbox"/> 醫療代理人 <input type="checkbox"/> 遺囑執行人 <input type="checkbox"/> 其他: _____		

僅供經辦人員填寫:		
核實過的身份證件:	日期:	時間:
<input type="checkbox"/> 患者收到此表副本		