

医疗信息披露授权书

复印件服务提供者: **HealthPort Technologies • 120 Bluegrass Valley Pkwy, Alpharetta, GA 30005 • 电话: 800-367-1500**

(正楷书写病人全名)

出生日期 (月/日/年)

(街道地址)

社会安全号码

(城市, 州, 邮编)

电话 (住宅)

应个人要求, 本人 _____, 特此授权 **The George Washington University Hospital** 披露:
(病人的全名)

<input type="checkbox"/> 出院病历摘要	<input type="checkbox"/> 病理报告	<input type="checkbox"/> 紧急情况报告
<input type="checkbox"/> 病历与体检资料	<input type="checkbox"/> 实验室报告	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 病程记录	<input type="checkbox"/> 放射学报告	_____
<input type="checkbox"/> 手术记录	<input type="checkbox"/> 心电图 (ECG)/脑波 (EEG) /心导管检查	_____

本人特此 本人特此不 授权披露有关获得性免疫缺陷综合征 (艾滋病) 或人体免疫缺陷病毒 (艾滋病病毒) 感染、精神病护理和/或心理评估、酒精和/或药物滥用治疗的信息。

信息披露予:

姓名或名称 (病人、医生、医院或其他接收方)

街道地址

城市, 州, 邮编

勾选此处用于提供电子信息 (要求填写有效的电子邮箱) _____
(请清晰书写)

披露目的:

<input type="checkbox"/> 推荐给专科医生	<input type="checkbox"/> 保险	<input type="checkbox"/> 工伤赔偿
<input type="checkbox"/> 法定调查	<input type="checkbox"/> 确定残疾	<input type="checkbox"/> 个人目的

其他 (请说明) _____

本人在此授权披露有关上述病人的健康信息。此授权自签名之日起有效期为 12 个月。本人了解本人可以通过书面通知取消此要求, 但不影响取消通知生效前披露的任何信息。本人了解所使用或披露的信息可能被收到此信息的人员或群体或机构再次披露, 若出现此种情况将不再受到联邦法规的保护。本人了解获得此授权或得到此信息的医疗提供者不得根据本人是否签署此授权书而决定是否为本人提供治疗。

病人本人或监护人或病人财产的个人代表签名

日期

注: HealthPort Technologies 依据合同提供此服务, 并将向您直接开具发票, 发票包括每页 \$00.76 的费用加上邮费和手续费。

THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL



Universal Health

健康信息管理部

900 23rd St., NW Washington, DC 20037 • 202-715-5324 • 传真 202-715-4361



RI0010

医疗信息披露授权书

74-128(08/13)

病人标签