

(For Official Use Only)



患者健康信息发布授权

Authorization for Release of Patient Health Information



IDN13151000

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____

MEDICAL RECORD # _____

说明：如前所述，您作出此授权是为了发布您的医疗保健信息。请将有关此表格的问题处理邮寄至：Rush University Medical Center, ATTN: Health Information Management Office, 1611 West Harrison Street, L1, Suite 001, Chicago, IL 60612, 电话：(312) 942-7262, 传真：(312) 942-2264。

务必完整填写此表格。

患者信息：

患者姓名 _____ 娘家姓 _____ 生日 ____/____/____ 电话号码 _____
姓氏、名字、中间名字首字母缩写

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

申请的医疗信息的发布者：（请在方框中打勾或填入信息）

Rush University Medical Center Rush Oak Park Hospital

个人或组织名称： _____ 电话号码 _____
地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____ 传真号码 _____

申请的医疗信息的接收者：（可能会收取申请费用，除非是继续护理医疗办公室）

请在方框中打勾（如果与上面的患者信息相同）

个人或组织名称： _____ 电话号码 _____
地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____ 传真号码 _____

目的：

后续护理 用于个人记录 购买保险 法律事宜 其他（请指出）： _____

日期：从 ____/____/____ 至 ____/____/____

公布病历的科/设施：

就诊类型

<input type="checkbox"/> 住院病人	<input type="checkbox"/> 门诊/诊所： 医生/科室 _____
<input type="checkbox"/> 急诊室	地址 _____
<input type="checkbox"/> 其他 _____	医生/科室 _____
_____	地址 _____
_____	医生/科室 _____
	地址 _____

申请的医疗信息：

第 1 步，共 3 步	第 2 步，共 3 步（如果需要）	第 3 步，共 3 步（如果需要）								
<input type="checkbox"/> 仅摘要 （最新信息：出院摘要、病历和理疗、办公室笔记、手术报告、病理学报告、咨询、EKG、放射学报告、实验室报告） <input type="checkbox"/> 完整医疗记录 <input type="checkbox"/> 其他；或者除了摘要之外，请在第 2 步中选择	<input type="checkbox"/> 账单/索赔 <input type="checkbox"/> 手术报告 <input type="checkbox"/> 心脏检查结果/心电图 <input type="checkbox"/> 病理学报告 <input type="checkbox"/> 咨询 <input type="checkbox"/> 医生办公室记录 <input type="checkbox"/> 出院摘要 <input type="checkbox"/> 进度说明 <input type="checkbox"/> 急诊记录 <input type="checkbox"/> 放射学 <input type="checkbox"/> EMG/EEG 报告 <input type="checkbox"/> 图像 <input type="checkbox"/> 病历和理疗 <input type="checkbox"/> 报告 <input type="checkbox"/> 免疫记录 <input type="checkbox"/> 其他，请指出： <input type="checkbox"/> 实验室报告 _____ <input type="checkbox"/> 乳腺造影 _____ <input type="checkbox"/> 拍片 _____ <input type="checkbox"/> 报告 _____	<p>要发布的其他信息*</p> <p>每个项目均需填写患者姓名首字母缩写和日期</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 基因测试</td><td>姓名首字母缩写 _____ 日期 _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 药物/酒精</td><td>姓名首字母缩写 _____ 日期 _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 艾滋病毒</td><td>姓名首字母缩写 _____ 日期 _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 心理健康/发育 残疾情况</td><td>姓名首字母缩写 _____ 日期 _____</td></tr></table> <p>*第 2 页上需要证人签名</p>	<input type="checkbox"/> 基因测试	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____	<input type="checkbox"/> 药物/酒精	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____	<input type="checkbox"/> 艾滋病毒	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____	<input type="checkbox"/> 心理健康/发育 残疾情况	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____
<input type="checkbox"/> 基因测试	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____									
<input type="checkbox"/> 药物/酒精	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____									
<input type="checkbox"/> 艾滋病毒	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____									
<input type="checkbox"/> 心理健康/发育 残疾情况	姓名首字母缩写 _____ 日期 _____									

(For Official Use Only)

 RUSH
患者健康信息发布授权

PATIENT NAME _____

DATE OF BIRTH _____

MEDICAL RECORD # _____

请仔细阅读以下声明：

本授权出于自愿。Rush 不会因给予此授权而影响您的治疗。但是，Rush 可能会根据授权条款提供与研究相关的治疗。

我了解，我可能会改变主意，随时向上述联络办公室发出撤销的书面通知以撤销这项授权。我了解，撤销此授权不会影响 Rush 在 Rush 收到我的书面撤销通知之前依据此授权采取的行动。

我授权使用和/或披露上述受保护的健康信息（PHI）。我了解，此授权出于自愿，我进行此授权以确认我的决定，以便Rush 可能会使用和/或披露我的 PHI 用于特定的目的。我了解，如果我授权上述人员或组织接收和/或使用上述 PHI 不受联邦健康信息隐私法的约束，他们可能会进一步披露这些 PHI，而可能不再受联邦健康信息隐私法的保护。我了解，我有权根据此授权检查和复制要披露的信息，并且我可以通过与上述办公室联系以获取信息的副本。

我有充分的机会阅读和考虑此授权的内容，我确认内容与我向 Rush 的方向一致。我了解，签署此表即确认我的授权，Rush 可以使用此表格中所述的 PHI 和/或将其披露给此表格中指定的个人和/或组织。

生效日期：此授权申请不适用于签名日期之后的任何治疗日期。您可以选择提供令您的授权失效的事件（与您或使用/披露的目的有关），除非申请心理健康记录。否则，此授权将在签名日期后九十（90）个日历日失效。

患者/个人代表的签名：

者或个人代表的签名

日期：_____

如果由患者以外的其他人签名：打印代表名称

电话号码 _____

如果由患者以外的其他人签名：与患者的国家关系

*（心理健康/发育障碍、基因检测、艾滋病毒和药物/酒精记录需要确认患者/个人代表身份的证人签名。此外，12 岁以上和 18 岁以下的患者，需要患者签名才能申请心理健康记录。）

证人签名

日期：_____

打印证人姓名

电话号码 _____

表明与患者的关系