

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION TO / FROM MAIMONIDES MEDICAL CENTER AND / OR MAIMONIDES FACULTY PRACTICE

瑪摩利醫院和 / 或 瑪摩利教職員執業診所獲取 / 釋出受保護健康資訊授權書

我們了解有關您個人和健康的資料都是私密的，因此我們承諾保護這些資料的隱私。為了實現這項承諾，我們必須取得您的授權，才能為了下述目的使用或釋出您在本院病歷中的個人健康資訊。本授權書提供這項授權，並確保我們正確告知您這些資訊將如何被使用或釋出。請在簽名前詳閱以下資訊。

USE AND DISCLOSURE COVERED BY THIS AUTHORIZATION

本授權書涵蓋的使用和釋出範圍

I hereby authorize (check one): 我特此授權 (勾選一項) :		<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center (or any of its employees, staff or agents) 瑪摩利醫院 (或其任何員工、工作人員或代理人)	
to release protected health information from the medical record(s) of: _____ 釋出下列人士病歷中的受保護個人資訊 :			
ADDRESS: _____ 地址 :		PHONE NO: _____ 電話號碼 :	
To the individual or organization listed below (check one): 向下列個人或組織釋出 (勾選一項) : <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Maimonides Medical Center 4802 Tenth Ave, Brooklyn, NY 11229 718-283-6000 ATT: _____	
		<input type="checkbox"/> Maimonides Cancer Center 6300 Eighth Avenue, Brooklyn, NY 11220 718 765-2500 ATT: _____	

For the purpose of (check one):

為了下列目的 (勾選一項) :

<input type="checkbox"/> CONTINUING MEDICAL TREATMENT 繼續進行醫療	
<input type="checkbox"/> PERSONAL REASONS (i.e. "at the request of the individual") 私人原因 (即「應個人要求」)	
<input type="checkbox"/> LITIGATION / ATTORNEY REVIEW 訴訟 / 律師審閱	
OTHER (Specify) 其他 (請說明)	
INSURANCE: Insurance Company Name: _____ Claim File #: _____ 保險 : 保險公司名稱 : _____ 索償案號 : _____	
<input type="checkbox"/> I request the release of (check one): 我要求釋出 (勾選一項) :	
<input type="checkbox"/> Entire record 全部病歷	
<input type="checkbox"/> The following portions of the record (specify documents and / or dates of treatment): 以下部分病歷 (請指明文件種類和/或治療日期) :	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of health information. 要求提供健康資訊的電子副本。	
<input type="checkbox"/> Request for an electronic copy of discharge instructions. 要求提供出院指示的電子副本。	
<input type="checkbox"/> Entire record only for the Dates of Treatment as follows: _____ 僅釋出下列治療日期的全部病歷 :	
<input type="checkbox"/> Emergency Room Record / Date(s): 急診紀錄 / 日期 :	<input type="checkbox"/> Discharge Summary/Date(s): 出院病歷摘要 / 日期 :
<input type="checkbox"/> Outpatient Record(s) / Date(s): 門診紀錄 / 日期 :	<input type="checkbox"/> Pathology Reports/Date(s): 病理報告 / 日期 :
<input type="checkbox"/> Operative Report(s) / Date(s): 手術紀錄 / 日期 :	<input type="checkbox"/> EKG/Date(s): 心電圖 / 日期 :
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports / Date(s): 檢驗報告 / 日期 :	<input type="checkbox"/> Cardiac Cath Report/Date(s): 心導管檢查報告 / 日期 :

<input type="checkbox"/> Radiology Reports / Date(s): 放射線報告 / 日期 :	<input type="checkbox"/> Echocardiogram / Date(s): 超音波檢查報告 / 日期 :
<input type="checkbox"/> The following HIV-related information, (which is any information indicating that you have had an HIV-related test, or have HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information which could indicate that you have been potentially exposed to HIV). _____ 以下有關愛滋病毒 (HIV) 的資訊 (任何顯示您曾做過 HIV 相關檢測、已感染 HIV、罹患 HIV 相關疾病或愛滋病、或可能顯示您可能接觸過 HIV 的資訊)。	
<input type="checkbox"/> Billing Records (specify): 帳單紀錄 (請說明) :	
<input type="checkbox"/> Other (specify): 其他 (請說明) :	
This authorization will expire six (6) months from the date hereof, unless there is a date or event described below 除非以下另有註明，否則本授權書將從簽名日期起六 (6) 個月後失效。	

具體理解事項

在本授權書上簽名，代表您授權依據上述條件使用或釋出您的受保護健康資訊。

您理解，一旦資訊根據本授權書釋出後，此資訊可能被接收者再次釋出，且可能不受聯邦隱私法規的保護（若接收者不需依法保護此資訊的隱私）。

您理解，被釋出的資訊種類可能包括（若適用）：診斷、預後、受虐治療、生理和/或心理疾病治療、酒精/藥物濫用治療、性方面疾患治療，以及所有被認為屬於病歷檔案的資訊，包括遺傳資訊在內（若有）。若病人的病歷中包含某幾類受到特別保護的資訊，可能需要另外簽署其他釋出授權書。

如果您授權釋出 HIV 相關資訊，您應該要知道，除非聯邦或州法律允許，否則接收者禁止在未經您授權下，再次釋出任何 HIV 相關資訊。您也有權索取一份名單，知道有誰可能未經授權而收到或使用您的 HIV 相關資訊。如果您因為 HIV 相關資訊的釋出或揭露而遭到歧視，可致電 (212) 870-8624 聯絡紐約州政府人權事務部 (New York State Division of Human Rights)，或致電 (212) 566-5493 聯絡紐約市人權委員會 (New York City Commission on Human Rights)。這些單位負責保護您的權利。

您有權拒絕簽署本授權書，且您的醫療護理服務、醫療護理費用和醫療護理權益將不因您未簽署本授權書而受到影響。然而，如果瑪摩利醫院提供醫療護理的目的完全是為了製作將要向第三方披露的資訊，則瑪摩利醫院在提供醫療護理服務之前，可能會要求您簽署本授權書。

您有權根據本院政策查閱和索取一份本授權書所述資訊的副本。您也有權在簽署本授權書之後拿到一份副本。

如果您簽署了本授權書，您將有權在任何時候撤銷，但無法撤銷本院已依據本授權書所採取的行動。若要撤銷本授權書，請寫信至：Director, Health Information Services, Maimonides Medical Center, 4802 Tenth Avenue, Brooklyn, New York 11219。

我已閱讀本授權書，且我對本授權書所提出的所有問題已獲得答覆。我在下方簽名，代表我確認已閱讀並同意上述所有內容。

Signature of Patient or Personal Representative

病人或代理人簽名

Print Name of Patient or Personal Representative

病人或代理人姓名 (端正書寫)

Date _____ / _____ / _____ 日期	Description of Personal Representative's Authority: 代理人授權說明：
----------------------------------	---

CONTACT INFORMATION

聯絡資訊

The contact information of the patient or personal representative who signed this form should be filled in below.

請在下方填寫簽署本授權書之病人或代理人的聯絡資訊。

Address: _____

地址：

Telephone: (daytime) _____ (evening) _____

電話：(日) _____ (夜) _____

Email address (optional): _____

電郵地址 (選填)：

* 如果瑪摩利醫院所尋求的的授權是使用或揭露本院病歷中的受保護健康資訊，則請注意，除非以上另有註明，否則本院將不會因為使用或披露這些資訊而收受報酬。

A PHOTOCOPY OF THIS RELEASE IS AS VALID AS THE ORIGINAL

本授權書的影印本與正本具同等效力