

# 整体关怀 (WPC) 计划 受保护健康信息使用和披露授权书



整体关怀计划旨在通过信息分享，协调参与实体之间的关怀，以此来改善健康结果。如果要注册加入 WPC，您需要授权允许 WPC 参与实体访问有关您和您的关怀的信息。如需更多有关 WPC 计划的信息，请访问 [ohealthinfo.com/wpc](http://ohealthinfo.com/wpc)。

## 第 1 部分：客户/患者信息

客户/患者姓氏		客户/患者名字		中间名缩写	出生日期
电子邮件	CIN 编号	MRN	电话号码 (带区号)		
地址		城市	州	邮编	

## 第 2 部分：将披露信息的参与实体

整体关怀计划	地址 405 W. 5th Street, Suite 445				
城市 Santa Ana	州 CA	邮编 92701	电话号码 (带区号) (714) 834-5891		

## 第 3 部分：将接收信息的参与实体

整体关怀计划	地址				
城市	州	邮编	电话号码 (带区号)		

## 第 4 部分：本授权书目的

与参与整体关怀计划的实体协调关怀计划。

## 第 5 部分：可发布的信息 (第 5B 节为选填部分)

- A.** 协调整体关怀计划参与实体之间的关怀所需的最少量信息。
- B.** 可以选择是否分享 HIV/AIDS 检测和结果信息。如果您同意向 WPC 参与实体分享此信息，请在此处签署姓名缩写。 X \_\_\_\_\_

## 第 6 部分：授权书到期日

除非您提出书面撤销申请，否则此授权书将于以下日期失效：以下两者中较早的日期：退出 WPC 计划之日或 2020 年 12 月 31 日

## 请审阅以下信息

本人已经阅读了本表格的内容。本人了解、同意并允许 Orange 县整体关怀 (WPC) 计划使用并发布上述有关本人的信息。本人同时了解，本人可自愿签署本表格，并且如果本人不签署此授权书，除了参与 WPC 计划的情况以外，本人接受治疗、付款或福利资格不会受到影响。本人有权随时向 WPC 计划管理员发送通知，提出书面申请来撤销此授权书。撤销通知不会影响 WPC 计划已根据此授权书做出的披露行为。接收方可能会重新披露根据此授权书披露的信息，并且重新披露后的信息将不再受联邦隐私法 (HIPAA) 的保护。除非适用的州或其他联邦法律允许，否则接收方可能需要在重新披露前先获得您的书面授权。本人有权获得本表格的副本。针对特定请求，可能会收取费用。授权书原件的副本依法有效。

## 第 7 部分：签名 - 参与者或指定个人代表/监护人

## 第 8 部分：日期

X			
个人代表 (正楷全名)	与客户/患者的个人关系 (比如：保护人、父母等)		
个人代表街道地址	城市	州	邮编

Disclosures pursuant to this authorization are allowable only among Whole Person Care participating entities

All numbered items must be completed for authorization to be valid