

受保护健康信息使用和披露授权书



FOR OFFICE USE ONLY		第 1 部分：客户/患者资料			
CERT #	客户/患者姓	客户/患者名		中间名缩写	
	曾用名	出生日期	社会安全号码 (后四位)	医疗记录编号 (如果知道)	
	电子邮箱:	电话号码 (带区号)			
	地址	城市	州	邮编	

第 2 部分：我授权橙县卫生保健局 (ORANGE COUNTY HEALTH CARE AGENCY) 将此资料披露给：
 如与上面相同则勾选

披露对象姓名或组织名称	地址		
统称 (仅针对 42 CFR 中的计划)			
城市	州	邮编	电话号码 (带区号)

第 3 部分：本授权的目的

- 患者申请
 延续护理/医学治疗
 保险
 法律要求
 残障人士
 其他：

第 4 部分：可披露资料 (第 1、3 和 4 步必填, 填写第 2 步以作具体补充)

第 1 步 仅选择一项： 医疗记录 治疗摘要

第 2 步 选择要披露的医疗记录类型：

- 家庭健康
 性传染病 (STD) 治疗
 加州儿童服务 (California Children's Services, CCS)
 射线结果/成像
 肺病/肺结核
 WIC
 免疫接种
 AMM/MSN/MSI
 牙科保健
 其他：

为了使用或披露下列类型的敏感资料或记录, 需要在下面填写您姓名的首字母缩写和将要披露的记录的日期范围：

酒精、毒品或药物滥用记录**	起始日期:	结束日期:
心理健康	起始日期:	结束日期:
艾滋病 (HIV/AIDS) 检测和结果	起始日期:	结束日期:

第 3 步 接受服务时所在的诊所：

第 4 步 获取方式： 电子 邮寄 现场领取

请仔细阅读以下信息

本人已阅读本表格所有内容。本人理解、同意并允许橙县使用和披露本人的上述资料。本人也明白, 本表格为自愿签署, 并且若本人拒绝签署本授权书, 本人的治疗、付款或福利获取资格将不会受到影响。本人有权随时向记录保管机构 (Custodian of Records) 以书面形式发送通知以撤回此授权。撤回将不会影响记录保管机构在此授权下已经披露的资料。在此授权下披露的资料可能会被资料接收者再次披露且不再受联邦隐私法, 即健康保险流通与责任法案 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 保护。适用的州或其他联邦法律可能要求接收者在再次披露之前获取您的书面授权, 除非此类法律允许直接披露。本人有权获取此表格的副本。某些申请可能需要付费。原始授权书的副本也为有效。此授权在此申请完成时失效。

第 5 部分：客户/患者签名或指定法定代表/监护人签名 **第 6 部分：日期**

X	
法定代表 (正楷全名)	与客户/患者的法律关系

** 酒精和药物滥用信息

美国联邦法规》第 42 章第 2 部分禁止未经授权对这些记录进行披露。

请将填妥的表格返还至：HCA Custodian of Records • 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701
 电话 (714) 834-3536 • 网址: <http://ochealthinfo.com/records> • COR@ochca.com