



受保护健康信息使用及披露授权书

注意：必须填写所有带编号的部分，
本授权书才会生效

第 1 部分：受服务者/患者信息

受服务者/患者姓名：

曾用名：

出生日期： 社会安全号码 (Social Security Number, SSN) (后四位)：

地址：

城市： 州： 邮政编码：

第 2 部分：医疗机构可向以下对象披露信息

☐ 本人/与上述信息一致
(如果与上述信息一致，此处可留空)

个人姓名或组织名称：

地址：

电话号码 (带区号)：

送达方式偏好：(仅选择一项) ☐ 邮寄 ☐ 亲自领取 ☐ 电子邮箱

第 3 部分：本授权书的用途

☐ 满足受服务者/患者请求 ☐ 确保医疗护理/治疗的连续性 ☐ 其他：

第 4 部分：可披露的信息

仅选择一项： ☐ 医疗记录 ☐ 治疗摘要 (说明函)

提供服务的诊所/机构： _____

起始日期： _____ 截止日期： _____

☐ 家庭健康

☐ 性传播疾病 (Sexually Transmitted Disease, STD) 治疗

☐ 免疫接种 ☐ 账单

☐ X 光检查报告/胶片

☐ 肺病/结核病 (Tuberculosis, TB)

☐ 儿童健康 ☐ 加州儿童服务计划 (CA Children Services, CCS)

☐ 妇女、婴儿及儿童特别补充营养计划 (Women, Infants, Children Program, WIC)

☐ 牙科保健

☐ 其他：

必须在下方**黄色方框**中填写**姓名首字母**和可披露记录的**日期范围**，方可披露下列类型的敏感信息记录：

姓名首字母

酒精、药物或物质滥用记录** 起始日期： _____ 截止日期： _____

****酒精和物质滥用信息：根据《美国联邦法规汇编》(Code of Federal Regulations, CFR) 第 42 编第 2 部分的规定，不得在未经授权的情况下披露以下记录**

姓名首字母

心理健康 起始日期： _____ 截止日期： _____

姓名首字母

艾滋病毒/艾滋病检测和结果 起始日期： _____ 截止日期： _____

第 5 部分：受服务者/患者签名及日期

本人已阅读本授权书所有内容。本人理解、同意并允许橙县使用和披露本人的上述信息。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信息。关于授权撤销的详细说明可在《隐私惯例通知》(Notice of Privacy Practices) 中找到。在此授权下披露的信息可能会被信息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。特定申请可能会产生费用。原始授权书的副本具有同等效力。本授权书在此申请完成时失效。

签名： _____

日期： _____

正楷姓名： _____

*** 若非受服务者或患者本人签署，需由监护人、监管人或个人代表填写其全名并签署 ***

*** 必须提交合法授权证明**

请提交填写完毕的表格，以便我们处理：COR@ochca.com

HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd.Suite 180, Santa Ana, CA 92701

电话：714-834-3536 网站：<http://ochealthinfo.com/records>