

哪些人员可以讨论您的医疗信息

患者姓名：		出生日期：	
关于本表：			
<ul style="list-style-type: none"> 允许下述人员当面以口头形式或经电话了解您的医疗保健或付款信息，本表不能取代允许复制医疗记录的《信息发布》文件。 将您的位置、健康状况或死亡情况通知下述人员或救灾组织。 			
下述人员可掌握我的健康信息			
1. 姓名：		与本人关系：	
电话号码：	街道地址：		
城市：	州：	邮编：	
2. 姓名：		与本人关系：	
电话号码：	街道地址：		
城市：	州：	邮编：	
3. 姓名：		与本人关系：	
电话号码：	街道地址：		
城市：	州：	邮编：	
请于此处签名：			
<p>本人谨此签名，以表示本人允许 Promise Healthcare 与上述人员谈论我的健康信息。同样，本表不能取代允许复制医疗记录的《信息发布》文件。</p> <p>请勾选您的全部允许项：</p> <p> <input type="checkbox"/> 所有信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 实验室结果 <input type="checkbox"/> 测试结果 <input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 牙科服务 <input type="checkbox"/> 治疗情况 <input type="checkbox"/> 其他：_____ </p>			
患者/家长/监护人签名：		日期：	
除非以书面形式取消，否则您的许可将在一年后过期。			

待公布敏感医疗信息(每个项目均需签署患者姓名首字母和日期):

本人理解, 上述要求的记录可能包含敏感的医疗信息, 需要我的特别同意才能进行讨论。我特别授权 **Promise Healthcare** 与上述人员谈论我的健康信息。同样, 本表不能取代允许复制医疗记录的《信息发布》文件。

<input type="checkbox"/> 心理/行为健康	姓名首字母: _____	日期: _____
<input type="checkbox"/> 酒精/药物滥用记录	姓名首字母: _____	日期: _____
<input type="checkbox"/> 遗传学	姓名首字母: _____	日期: _____
<input type="checkbox"/> 生殖保健	姓名首字母: _____	日期: _____
<input type="checkbox"/> 艾滋病/艾滋病毒/性传播疾病	姓名首字母: _____	日期: _____

请注意如下:

12-17 岁患者 (未成年患者) 的以下医疗信息受到下述限制:

药物/酒精使用、生殖健康、艾滋病/艾滋病毒或节育/性传播疾病/性侵犯, 以及未成年患者经独立合法授权同意治疗而产生的任何健康信息, 均需要未成年患者在讨论中签名。

在充分未成年患者, 且患者不反对披露的前提下, 经未成年患者签字, 可获取其心理健康或发育障碍信息。否则, 遵照伊利诺伊州法律, 仅未成年患者的父母或监护人可获得有限的心理健康或发育残疾信息。

如遇患者为未成年人 (12-17 岁), Promise 同时要求一名成年见证人签名。

患者/家长/监护人签名:	日期:
见证人签名:	日期:
见证人姓名(打印):	见证人联络信息:
见证人与患者的关系:	

除非以书面形式取消, 否则您的许可将在一年后过期。

请妥填此表。它会告诉我们哪些家庭成员和朋友有权讨论您的健康信息。