

个人信息

员工须知（内部使用）

无副本要求，仅扫描

仅要求记录副本

患者姓名：_____ 出生日期：____/____/____ 社会安全号码（SSN）：____-____-____

别名或其他名：_____ 医疗记录编号（MRN）：_____

地址：_____ 城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

电话号码：_____（宅电/手机/其他） 电子邮件：_____

本人授权使用/披露本人的行为健康记录和/或以下信息：

本人行为健康记录持有方（本人记录发送方）

Promise Healthcare 以及任何 Promise Healthcare 实体

其他：_____ 电话号码：（_____）_____

地址：_____ 城市、州、邮编：_____

本人行为健康记录接收方（本人信息接收方）

Promise Healthcare 以及任何 Promise Healthcare 实体

其他：_____ 电话号码：（_____）_____

地址：_____ 城市、州、邮编：_____

本人行为健康记录和/或信息的使用/披露目的

医学随访

法律诉讼

承保（保险）

就业原因

患者请求（本人不想具体说明）

使用或披露的记录和/或信息日期：

记录或信息起止日期：_____（起始日期）至_____（终止日期）

将使用和披露的本人行为健康记录和/或信息说明：

诊室面诊——心理学/精神病学/神经心理学

神经心理学评估

实验室

账单记录

其他：_____

特殊保护记录

如欲获得下述健康信息，则须勾选所需类别，并签署姓名首字母：

酒精/药物滥用记录 _____ 姓名首字母

遗传学 _____ 姓名首字母

艾滋病/艾滋病毒/性传播疾病 _____ 姓名首字母

到期日期

本授权将于_____年_____月_____日到期。如果本人未指定到期日期，信息将仅在 Promise Healthcare 收到此授权书之日披露。

授权书取消声明

本人可以在任何时候以书面声明方式，通过取消授权书来取消授权。本人须在书面声明上签名，注明日期，并让一名可证明本人身份的人作为见证人签名。书面声明必须按本页背面所示的地址送达 Promise Healthcare Information Management。书面声明将在 Promise Healthcare 收到信函后生效。本人理解，在 Promise Healthcare 收到我的信件之前，该信件不对本人健康信息的使用/披露产生任何影响。

患者姓名：_____ 出生日期：____/____/____

本人健康记录和/或信息再披露

本人理解，除非法律允许，未经本人的许可，本人行为健康信息、酒精和药物滥用记录或艾滋病毒记录的接收方不得将此信息向他人披露。

费用

本人可能会被收取复印费以完成此请求。本人可向**Promise Healthcare**咨询费用估算。如有费用，账单可能来自一间名为（账单公司名称）的公司，该公司为**Promise Healthcare**处理健康信息请求。有关潜在费用的问题，请联系通信部门，电话号码如下。

检查和复制的权利

本人理解，本人有权检查并接收根据本授权披露记录的副本。

本人授权

12岁以上患者签名

签署日期

法定代表人或监护人签名

签署日期

代表人或监护人姓名打印

签署日期

签名或见证人签名

签署日期

仅用于记录副本请求的说明（如适用，请勾选一项）：

将记录副本邮寄至本人于第3节中指定的一方或多方

将当面收取记录

将妥填此表，并寄回至

Promise Healthcare
819 Bloomington Rd
Champaign, IL 61820
217-356-1558

仅供工作人员使用

提供方披露通知：（仅限办公使用）

已就此披露通知_____医生_____（姓名首字母/日期）。

已就此披露通知_____博士_____（姓名首字母/日期）。

HIM已通知所有提供方_____（姓名首字母/日期）。

_____医生已拒绝此披露请求_____（姓名首字母/日期）。

信息披露工作人员姓名：_____ 验证身份信息类型：_____ 日期：_____