NewYork-Presbyterian
The University Hospital of Columbia and Cornell

43530

# 授權公開保密健康資訊/醫療紀錄

| 病人姓名 (請以正楷書寫): | 婚前或其他姓名 (請以正楷書寫): | 病人出生日期: / / |
|---|---|---|

病人地址 (請以正楷書寫)

| 電話 (區碼與電話號碼): ( ) | 電子郵件地址 (請以正楷書寫): | 醫療紀錄號碼: |
|---|---|---|

接受此資訊的個人或實體之姓名、地址與電話號碼。若與上述資訊相同，請勾選 ☐
收件人姓名 (請以正楷書寫):

地址 (請以正楷書寫):

電話 (區碼與電話號碼):
( )

請勾選提供資訊之醫院名稱或選擇其他健康照護提供者 (請指明):
☐ 紐約長老會(New York-Presbyterian，下稱NYP)/哥倫比亞大學醫療中心 (Columbia University Medical Center) [NYP/亞倫醫院 (Allen Hospital)、NYP/摩根史坦利兒童醫院(Morgan Stanley Children’ s Hospital)] NYP/康乃爾醫療中心 (Weill Cornell Medical Center) ☐ NYP/康乃爾醫療中心 (Weill Cornell Medical Center)
☐ NYP/威徹斯特分院(Westchester Division) ☐ NYP/下城醫院(Lower Manhattan)
☐ 其他 (請提供實體名稱) _____
(請以正楷書寫)

請指明需要公開的資訊 (除非列明服務日期，否則不能公開醫療紀錄):
醫療紀錄：從 (填入日期) _____ 至 (填入日期) _____
☐ 住院 ☐ 急診室 ☐ 門診手術 ☐ 門診病人
指明要索取的報告 (例如：化驗報告、放射科報告、手術報告、出院摘要等):
_____

包括 (請於下以姓名字首草簽方式指明)：請注意，若未草簽，將不會公開該資訊。
_____ 酗酒/藥癮治療 _____ 人類免疫缺乏病毒/愛滋病(下稱HIV/AIDS)相關資訊
_____ 心理健康治療 (不包括心理治療簡報) _____ 基因測試資訊

請考量環境因素。在可能的情況下，紐約長老會醫院會以電子方式提供所索取的資訊，請勾出你的選擇：
☐ CD/DVD光碟 ☐ 以電子方式提供

擁有可用的 myNYP.org 帳戶的病人，可以透過安全的病人網頁入口網站，免費索取以電子方式傳送的內容。請於下方草簽確認：
- 本人擁有可用的 myNYP.org 帳戶，且了解本人索取的醫療紀錄會傳送至myNYP.org 帳戶；
- 如果本人的醫療紀錄無法傳送至 myNYP.org 帳戶，則會以 CD/DVD 光碟郵寄至上述地址

病人或病人代表以字首草簽 _____

授權公開的目的 (勾選適用項目)：☐ 個人醫療照護需要 ☐ 保險 ☐ 免疫證明 ☐ 法律用途
☐ 其他 (請指明)：_____
(請以正楷書寫)

本人，或本人授權的代表，要求公開此授權書所述之關於本人在NYP的醫療照護及治療資訊。本人了解：
- 透過填寫此授權書，並於下方簽署，本人可以查看及/或獲得在此書中所述的資訊副本。
- 服務提供者可以收取合理費用，以彌補查看及/或製作副本所需的成本。
- 你簽署此授權書與否，並不影響你的治療與付款額。簽署為自願性質，但若拒絕簽署，NYP 將不會公開你的紀錄。
- 本人特定授權公開與HIV/AIDS 相關、酗酒或藥癮治療、心理健康治療等資訊，收件人不得在未獲得本人授權的情況下，再次公開此類資訊，除非其為聯邦
  或州法律所允許。如果本人因發出或公開HIV 相關資訊而遭受歧視，本人可聯繫紐約州人權分部 (New York State Division of Human Rights)，電話號碼：(212) 480-2493，或聯繫紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights)，電話號碼：(212) 306-7450。
  此等機構有責任保護本人的權利。
- 透過此書公開的酗酒/藥癮治療相關資訊或保密的 HIV/AIDS 相關資訊，必須連同規定的禁止再次公開相關聲明一併發出。
- 本人可隨時向 NYP 提供書面通知撤銷此授權，除非本部門已根據此授權執行相應行動。
- 本人了解此授權書的到期日為：日期 _____ / _____ / _____ (提供短於一年的日期) 或簽署日期的一年後。

_____ _____
病人/病人代表 (例如：合法監護人) 簽署 日期

_____
如為病人代表，請以正楷註明姓名以及與病人的關係

_____
證人或公證人

NewYork-Presbyterian
The University Hospital of Columbia and Cornell

# 授權公開保密健康資訊/醫療紀錄

| 醫療紀錄聯繫部<br>(MEDICAL CORRESPONDENCE UNITS) | | | |
|---|---|---|---|
| 機構 | 郵寄地址 | 親訪地址 | 電話號碼 |
| 紐約長老會醫院 / 哥倫比亞大學醫療中心、紐約長老會摩根史坦利兒童醫院 (CHONY)、亞倫醫院 (TAH) | 622 West 168th Street<br>Medical Correspondence Unit<br>New York, NY 10032 | 177 Fort Washington Avenue<br>Milstein Lobby<br>New York, NY 10032 | (212) 305-3270 |
| 紐約長老會醫院 /<br>康乃爾醫療中心 | 525 East 68th Street<br>Medical Correspondence Unit<br>Box 126<br>New York, NY 10065-4879 | 525 East 68th Street<br>Room P-04<br>New York, NY 10065-4879 | (212) 746-0530 |
| 紐約長老會醫院 /<br>威徹斯特分院 | 21 Bloomingdale Road<br>Medical Correspondence Unit<br>Hall H, Room 006<br>White Plains, NY 10605 | 21 Bloomingdale Road<br>Main Lobby – 請向保安查詢<br>White Plains, NY 10605 | (914) 997-5725 |
| 紐約長老會醫院 /<br>下城醫院 | 170 William Street<br>Medical Correspondence Unit<br>Room M92<br>New York, NY 10038 | 170 William Street<br>Room M92<br>New York, NY 10038 | (212) 312-5121 與<br>(212) 312-5122 |