



New York-Presbyterian

The University Hospital of Columbia and Cornell  
43530



Weill Cornell  
Medicine



ColumbiaDoctors  
The Physicians and Surgeons  
of Columbia University

受保護健康資訊/病歷披露授權表

患者姓名 (請以正楷書寫):	婚前或其他姓名 (請以正楷書寫):	患者出生日期: / /
患者地址 (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):	病歷號碼:
寄送此資訊時要使用的個人或實體的姓名、地址與電話號碼。 收件人 (請以正楷書寫): <b>如與上文相同請勾選此方框</b> <input type="checkbox"/>		
地址 (請以正楷書寫):		
電話 (區碼與電話號碼): ( )	傳真 (區碼與電話號碼): ( )	
勾選要披露資訊之中心名稱或選擇其他健康照護提供者 (請指明):		
<b>醫院/住院</b>		
<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center (NYP/Allen Hospital ; NYP/Morgan Stanley Children's Hospital) <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center		
<input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley <input type="checkbox"/> NYP/Queens		
<b>門診/醫師辦公室</b>		
<input type="checkbox"/> Columbia Doctors (僅供門診/醫師辦公室記錄) 請以正楷書寫醫師姓名: _____		
<input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (僅供門診/醫師辦公室記錄) 請以正楷書寫醫師姓名: _____		
<input type="checkbox"/> 其他 (請以正楷書寫實體名稱) _____		
指定要披露的資訊 (除非在此表中指明服務日期, 否則不能披露病歷):		
下列日期的病歷: 從 (填入日期) ____/____/____ 到 (填入日期) ____/____/____		
<input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 急診室 <input type="checkbox"/> 門診手術		
<input type="checkbox"/> 僅供門診/醫師辦公室記錄		
指定要索取的報表 (例如化驗報告、放射科報告、手術報告、出院摘要等): _____		
<b>注意:</b> 如果您需要放射科/X 光影像, 請將此要求副本寄送至當初執行該程序之設施的放射科。		
包括 (請在下方以姓名字首草簽方式指明): 請注意, 若未簽字將不會披露該資訊。		
_____ 酒精/藥物治療/檢測	_____ HIV/AIDS 相關資訊	
_____ 心理健康檢測/治療 (不含心理治療筆記)	_____ 基因檢測資訊	
請考量環境因素。如有可能, 我們會以電子格式提供您索取的資訊, 請勾選您想要的方式:		
<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> 隨身碟 (有所限制) <input type="checkbox"/> 電子交付 (寄送至 MyChart/myNYP.org 入口網站, 若有且適用時) <input type="checkbox"/> 電子郵件 (不安全)		
擁有有效的電子病歷帳戶 (患者入口網站) 的患者可以透過安全的患者網頁入口網站, 免費索取以電子方式提供的內容。請在下方簽字確認:		
本人擁有有效的患者入口網站帳戶, 且瞭解本人索取的病歷會傳送到患者入口網站帳戶: <input type="checkbox"/> MyChart/myNYP.org		
如果無法將我的病歷交付至我的患者入口網站帳戶, 則請使用加密可攜式媒體 (例如, CD/DVD、隨身碟 [有所限制] 等) 將之郵寄至上述地址		
患者或患者代表簽字 _____		
授權披露的目的 (勾選適用項目): <input type="checkbox"/> 個人要求 <input type="checkbox"/> 醫療照護 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 免疫接種 <input type="checkbox"/> 法務		
<input type="checkbox"/> 其他 (請指明): _____ (請以正楷書寫)		

本人，或本人授權的代表，申請披露此表所述之關於本人在 NewYork-Presbyterian Hospital (NYP)、Columbia Doctors (CD) 或 Weill Cornell Medicine (WCM) 的醫療照護健康資訊。本人瞭解：

- 透過填寫授權表並在下方簽名確認，本人可以查看及/或獲得在此授權表中所述的資訊副本。
- 服務提供者可以收取合理費用以彌補檢視及/或建立副本所需的成本。
- 治療與付款並不是您是否簽署此授權表的先決條件。簽署為自願性質，但您如拒絕簽署，NYP / CD / WCM 將不會披露您的記錄。
- 本人將明確對 HIV/AIDS 相關的酗酒或藥癮治療資訊，或是心理健康治療資訊的披露進行授權，接受者不得在未獲得本人授權的情況下，再次披露此類資訊，除非其為聯邦或州法律所允許。如果本人因釋出或披露 HIV 相關資訊而遭遇歧視待遇，本人可聯繫紐約州人權署 (New York State Division of Human Rights)，電話號碼為 (212) 480-2493，或聯繫紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights)，電話號碼為 (212) 306-7450。這些機構負責保護我的權利。
- 透過此表披露的酗酒/藥癮治療相關資訊或機密的 HIV/AIDS 相關資訊，必須隨附必要的禁止再次披露相關聲明。
- 本人可事先向 NYP / CD / WCM 提供書面通知隨時撤銷此授權，除非之前已根據此授權執行相應操作。

本人瞭解此授權表到期日期為：日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (提供不到 1 年的日期) 或簽署日期後 1 年。

患者/患者代表 (例如，法律監護人) 簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

如為代表，請以正楷註明姓名以及與患者的關係：代表姓名 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_

見證人/公證人 \_\_\_\_\_