



使用、披露和发布受保护健康信息授权书

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SIMPLIFIED CHINESE)

我了解以下内容：

- 我有权拒绝签署此披露或发布我的受保护信息的授权书。拒绝签署此授权书不会影响我接受医疗保健服务或偿付服务的能力。拒绝签署此授权书可能影响我接受医疗保健服务能力的唯一情况为：医疗保健服务与研究相关，或仅向某人提供健康信息，此时，必须具备授权书以披露信息。
- 此请求可能会产生费用。
- 根据此授权书已使用的或披露的信息可能被再次披露且不再受联邦法律保护。但是，我也了解，联邦或州法律可能限制再次披露 HIV/AIDS、心理健康信息、基因测试信息和药物/酒精诊断、治疗或转介信息。
- 我有权获得一份签署的授权书。
- 我可以在任何时间以书面形式撤回此授权书。如果我撤回此授权书，则以下所述信息可能不再适用或不再出于此书面授权书所述之目的进行披露。唯一例外情况为：Swedish 已根据此授权书采取措施或将此授权书作为提供保险承保的条件。

请向其中一个地点提交或撤销此授权书，具体取决于您接受服务的地点：

Swedish Medical Center
Release of Information Department
747 Broadway, Seattle, WA 98122
传真：(206) 320-2626
电子邮件：ROI@swedish.org

Swedish Medical Group
电话：(206) 320-3025
传真：(425) 454-2935
电子邮件：smgroi-wa@cioxhealth.com

重要事项：除非有开具账单的必要，否则 Swedish 不再打印或发布患者的社会保险号。然而，社会保险号可能包含于若干年前的患者信息中。您授权使用的信息可能包括您的社会保险号。

本机构、其员工、官员和医师据此免于承担因披露以上信息（在此授权书指定和授权的范围内）而产生的任何法律责任。

Swedish Health Services 及其附属机构不会以种族、肤色、原国籍、性别、年龄或残疾状况而在他们的健康计划和活动中歧视任何人。

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



使用、披露和发布受保护健康信息授权书
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (SIMPLIFIED CHINESE)

我授权 Swedish 使用和披露以下具体健康信息：

患者姓名：_____ 出生日期：_____

患者住址：_____ 电话：_____

城市：_____ 州 _____ 邮政编码：_____

接收披露信息方： 自己 或接收者姓名：_____

接收者住址：_____

城市：_____ 州 _____ 邮政编码：_____

电话：_____ 传真 _____ 电子邮件：_____

请通过以下方式发送我的记录： MyChart 电子邮件 磁盘 纸质 传真

我希望从以下机构索求信息：

医院名称（清单）和电话号码	诊所名称（清单）和电话号码

使用日期从：_____ 至：_____

用于以下诊断或伤害的相关信息： _____

需披露的信息有：

病史及体检记录

出院小结

手术记录

急诊科记录

诊断报告（实验室化验、x光、EKG等）

进展记录

其他（详细说明）： _____

使用目的： _____

除撤回外，此授权书有效期为 180 天或在此日期失效： _____

条款： 除非我本人以书面形式对此授权书进行限制，否则，此授权书涵盖测试和/或治疗性传播疾病、AIDS、HIV 感染、酒精和/或药物滥用、心理健康状况或其他敏感信息。

患者签名：_____ 日期：_____

（工整书写及手写签名）

患者代理人姓名：_____ 日期：_____

患者代理人姓名：_____

（工整书写及手写签名。请附上证明文件。）

与患者关系： _____



1ROI