



使用、披露和發佈受保護健康資訊授權書

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

我已瞭解以下內容：

- 我有權拒絕簽署披露或發佈我的受保護資訊的授權書。拒絕簽署此授權書不會對我接受醫療保健服務或償付服務的能力產生不利影響。拒絕簽署此授權書可能影響我接受醫療保健服務能力的唯一情況為：醫療保健服務與研究相關，或僅向某人提供健康資訊，此時，必須具備授權書以披露資訊。
- 此請求可能會產生費用。
- 根據此授權書已使用或披露的資訊可能被再次披露且不再受聯邦法律保護。但是，我也瞭解，聯邦或州法律可能限制再次披露 HIV/AIDS、心理健康資訊、基因測試資訊和藥物/酒精診斷、治療或轉介資訊。
- 我有權獲得一份簽署的授權書。
- 我可以在任何時間以書面形式撤回此授權書。如果我撤回此授權書，則以下所述資訊可能不再適用或不再出於此書面授權書所述之目的進行披露。唯一例外情況為：Swedish 已根據此授權書採取措施或將此授權書作為提供保險承保的條件。

請向其中一個地點提交此授權書或撤銷授權書，具體取決於您接受服務的地點：

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

Swedish Medical Group
電話：(206) 320-3025
傳真：(425) 454-2935
電郵：smgroi-wa@cioxhealth.com

重要事項：除非有開具帳單的必要，否則 Swedish 不再列印或發佈患者的社會安全號碼。不過，社會安全號碼可能包含於若干年前的患者資訊中。您授權使用的資訊可能包括您的社會安全號碼。

本機構、其員工、官員和醫師據此免於承擔因披露以上資訊（在此授權書指定和授權的範圍內）而產生的任何法律責任。

Swedish Health Services 及其附屬機構不會以種族、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障情況而在他們的健康計劃及活動中歧視任何人。

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、披露和發佈受保護健康資訊授權書

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

我授權 Swedish 使用和披露以下具體健康資訊：

患者姓名：_____ 出生日期：_____

患者住址：_____ 電話：_____

城市：_____ 州 _____ 郵遞區號：_____

接收披露資訊方： 自己 或接收者姓名：_____

接收者住址：_____

城市：_____ 州 _____ 郵遞區號：_____

電話：_____ 傳真 _____ 電郵：_____

透過以下方式發送我的記錄： MyChart 電郵 磁碟 紙本 傳真

我希望從以下機構索求資訊：

醫院名稱（清單）和電話號碼	診所名稱（清單）和電話號碼

使用日期從：_____ 至：_____

用於以下診斷或傷害的相關資訊：_____

允許披露的資訊：

- 病史和體檢
- 手術報告
- 診斷報告（化驗室化驗、x 光、EKG 等）
- 其他（請說明）：_____
- 出院摘要或醫囑
- 急診科報告
- 進展記錄

基於此目的：_____

除撤回外，此授權書有效期為 180 天或在此日期失效：_____

條款：除非我本人以書面形式明確對此授權書進行限制，否則，此授權書涵蓋測試和/或治療性傳播疾病、AIDS、HIV 感染、酒精和/或藥物濫用、心理健康狀況或其他敏感資訊。

患者簽名：_____ 日期：_____

（工整書寫及手寫簽名）

患者代理人姓名：_____ 日期：_____

患者代理人姓名：_____

（工整書寫及手寫簽名。請附上證明文件。）

與患者關係：_____



1ROI