



12401 Washington Blvd.
Whittier, CA 90602
P: 562.698.0811
TDD: 562.696.9267

**AUTHORIZATION FOR USE
OR DISCLOSURE OF
HEALTH INFORMATION**



ACT: _____ MR: _____
DOB: _____
ADM: _____ RM: _____

健康資訊的使用或披露授權

填寫本文件，即代表您授權披露和使用關於您的健康資訊。未提供所有必填資訊，可能導致本授權無效。

病患身份資訊 (必填)

病患姓名 _____ 出生日期 _____
地址 _____
住宅電話 _____ 手機電話 _____
電子郵寄地址 _____

健康資訊的使用和披露

本人特此授權

- PIH Health Whittier Hospital 562.906.5695 PIH Health Downey Hospital 562.904.5166
 PIH Health Good Samaritan Hospital 213.977.2121 Ext. 8127
 PIH Health Physicians 562.698.0811 Ext. 13698 (或特定醫師/診所) _____

發出記錄的 **其他醫療保健機構**

向本人或 _____ 接受記錄的 **醫療保健機構/個人/組織**

地址 _____
電話號碼 _____ 傳真號碼 _____

在本節僅別選一個方格

披露以下聲明:

- A. 相關資訊 (出院記錄摘要、病史與身體狀況、會診、ER 報告、實驗室、放射科報告、心電圖、病理報告)
B. 與本人病史、精神與身體狀況以及所接受的治療相關的所有健康資訊，包括從其他醫療保健服務提供者接收的記錄 (合理的文書及複製手續費)
C. 僅下列記錄或健康資訊的類型包括在下列服務日期中:

<input type="checkbox"/> 急診/緊急護理醫師報告	<input type="checkbox"/> 病史與身體狀況報告	<input type="checkbox"/> 手術報告
<input type="checkbox"/> 出院記錄摘要報告	<input type="checkbox"/> 會診報告	<input type="checkbox"/> 實驗室報告
<input type="checkbox"/> 病理報告	<input type="checkbox"/> 麻醉報告	<input type="checkbox"/> 放射科膠片/影像
<input type="checkbox"/> 病理切片	<input type="checkbox"/> 放射科報告	<input type="checkbox"/> 治療記錄
<input type="checkbox"/> 新生兒記錄	<input type="checkbox"/> 疫苗接種記錄	
<input type="checkbox"/> 其他 _____		

為以上所選資訊指定 **日期** 或 **時段** :

從 (日期) _____ 至 (日期) _____

D. 本人明確授權發出下列資訊:

(別選適用項)	姓名首字母 _____	姓名首字母 _____
<input type="checkbox"/> 精神健康治療資訊	_____	<input type="checkbox"/> 酒精/藥物治療資訊 _____
<input type="checkbox"/> HIV 檢查結果 _____	<input type="checkbox"/> 工傷賠償資訊 _____	

請透過以下方式提供本人的記錄 (如適用)

CD 門戶

