

**AUTHORIZATION for USE or DISCLOSURE OF  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

授權提供受保護的醫療報告申請表

這份表格是授權惠提爾醫院可以調閱您個人的醫療報告，如下所述，與加州和有關聯邦法律此類信息的保密性相一致。

如未能允許使用，惠提爾醫院將無法幫您申請醫療報告。

本人授權惠提爾醫院提供受保護醫療報告如下：

**PATIENT IDENTIFICATION: 病患資料**

Patient Name: Last 病患姓名 姓		First 名	Middle 中間名
Patient's Date of Birth: (MMDDYYYY) 生日(月日年)	Social Security Number: 社安卡號	Date(s) of Treatment:住院日期 From Date 從 To Date 至	
Purpose of Request 申請目的: <input type="checkbox"/> Continuing Care 繼續照護 <input type="checkbox"/> Personal Use 個人使用 <input type="checkbox"/> Other 其它			
I am the: <input type="checkbox"/> Patient 病患 <input type="checkbox"/> Guardian 監護人 <input type="checkbox"/> Legal Representative 法定代表人			

**RELEASE TO: 收件人**

Name:姓名	
Address:住址:	
City, State, Zip	
Phone Number: 電話	Physician FAX Number:醫師傳真

**EXPLANATION OF CHARGES FOR REQUEST: 費用**

<input type="checkbox"/> FAX 醫師要求 (免費)	<input type="checkbox"/> As an employee 雇員(免費)
<input type="checkbox"/> PICK UP 病患自取(每一張紙收 0.25)	<input type="checkbox"/> For subpoenas 傳票 (\$15 證人費)
<input type="checkbox"/> MAIL 郵寄(每一張紙收 0.25+郵費)	<input type="checkbox"/> For attorney 律師 (預付)

**TYPE OF INFORMATION AUTHORIZED TO BE RELEASED: 圈選所需報告**

<input type="checkbox"/> Discharge Summary 出院總結	<input type="checkbox"/> Pathology Report 復建報告	<input type="checkbox"/> Face Sheet Only 基本資料
<input type="checkbox"/> History and Physical 病史和體檢	<input type="checkbox"/> Lab Report 檢驗報告	<input type="checkbox"/> X-Ray Report 光報告
<input type="checkbox"/> Consultation 會診	<input type="checkbox"/> Operative Report 手術報告	<input type="checkbox"/> Emergency Visit 急診記錄
<input type="checkbox"/> EKG Report EKG 報告	<input type="checkbox"/> Anesthesia Report 麻醉報告	<input type="checkbox"/> Rehab Visit 復建記錄
<input type="checkbox"/> Cardiology Report 心臟報告	<input type="checkbox"/> GI Surgery Visit 大腸鏡記錄	<input type="checkbox"/> Ambulatory Surgery 門診手術記錄
<input type="checkbox"/> Other 其它	<input type="checkbox"/> Newborn Record 新生兒記錄	<input type="checkbox"/> Clinic Visit 診所記錄
<input type="checkbox"/> Exceptions, Please specify information to be withheld 例外情況，請指定要隱藏信息		

**NOTICE OF RIGHTS AND OTHER INFORMATION: 權利和其它注意事項：**

- ◆ 我可以拒絕簽署這項授權。如果你拒絕簽署，我們將無法幫您申請醫療記錄。
- ◆ 我可以在任何時間撤銷該授權。我的撤銷必須採用書面形式，由我簽字或我的代理人，並交付或郵寄到：

Health Information Management Department  
Whittier Hospital Medical Center  
9080 Colima Road  
Whittier, CA 90605

- ◆ 在收到您的取消授權，醫院將取消您的申請。
  - ◆ 我有權收到此授權的副本。
  - ◆ 無論治療，支付，注冊登記或符合資格也都不能當做要求我提供或者拒絕的條件
- 當您將您的醫療報告披露給別人，您將可能不再受聯邦保密法（HIPAA）的保護。不過，加州法律禁止未經您允許或法律需求，就披露您的醫療報告。本人受保護之醫療報告，因被披露或被重覆披露可能引起之所有法律責任，本人茲同意免責於惠提爾醫院，其代理單位，暨其員工。
- ◆ 我可以檢查或收到，我被要求提供被保護的醫療報告副本。
  - ◆ 文件需5-7個工作日才能完成。您可致電562.907.1718詢問。

**SIGNATURE: Patient or Legal Representative : 病患或法定代理人簽名**

Signature: 簽名	Date: 日期	Time: 時間
Printed Name: 正楷名字	Legal Relationship to Patient: 法定代理人	

**REVOCAION OF REQUEST : 請求撤銷申請**

I would like to revoke this Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information request. 我想撤銷申請醫療報告的請求。

Signature: (病人或法定代理人簽名)	Date: 日期	Time: 時間
Printed Name: (病人或法定代理人正楷名字)	Legal Relationship to Patient: 法定代理人	
WHMC Staff Verifying Signature: 醫院簽名	Date: 日期	Time: 時間

**OFFICE USE ONLY: 醫院人員使用**

Identity of requestor validated by:

- Driver's License or Picture ID Card (place copy with request)
- Original Death Certificate (place copy with request)
- Healthcare Power of Attorney (place copy with request)

WHMC Staff Verifying Signature: 醫院簽名	Date: 日期	Time: 時間
--------------------------------------	----------	----------