KAISER PERMANENTE®

患者姓名：_____

醫療記錄編號：_____

出生日期：_____ 電子郵件：_____

不要用於患者資訊備份或查看其醫療記錄。患者應造訪kp.org/requestrecords方便地申請醫療記錄、FMLA和殘疾證明。

使用或披露患者健康資訊的授權
給以下第三方收件人（可能需要費用）
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

收件人姓名： _____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼 (_____) _____ 電子郵件：_____

本授權書可用於以下目的： ❑ 合法的 ❑ 保險 ❑ 醫療證明 ❑ 其他

作為本授權的一部分發布的醫院和醫療辦公室記錄可能包含與初級保健記錄的精神健康、成癮和HIV醫療狀況相關的參考資料。

我授權在選定的時間範圍內披露以下內容：
❑ 表格填寫（可發放一份替代表格或相關醫療記錄用以替代） ❑ 醫療記錄 ❑ 影像診斷
❑ 明細賬單記錄 ❑ 藥房共付額 ❑ 醫療共付額
時間範圍：前 ❑ 2個月 ❑ 6個月 ❑ 1年 ❑ 2年 ❑ 5年 ❑ 所有電子記錄

如果您希望此版本包含受保護的治療部門或 HIV 初始檢測結果資訊，請選中下面的框。如果不勾選，該治療部門資訊將被排除。
❑ 心理健康治療記錄 ❑ 成癮藥物治療記錄 ❑ HIV檢查結果

有關Kaiser Permanente Oregon地點，**也需**選中此框以包含基因檢測資訊。❑

持續時間：授權有效期為自簽字日期起6個月。

撤銷：您或您的個人代表可提交一份書面申請至kp.org/requestrecords所列適用於您服務區的資訊公開單位，以撤消本授權書防止資訊在日後遭到公開。撤回授權書將不會影響收到書面申請前所披露的資訊。

再披露：本資訊一經披露將不再受到聯邦隱私法 (HIPAA) 保護。州或其他聯邦法可要求接收者取得您的授權後才可再披露資訊。

Kaiser Permanente 不會以您是否簽署本授權書來作為治療、給付、入保或理賠資格的條件。本授權書係根據您要求填寫。針對維吉尼亞州的患者，醫療記錄內將包含此授權書副本以及接收您資訊者的記錄。授權書的副本與正本具備同等效力。您有權收到此完整授權書的副本。我們將以電子格式向收件人提供所要求的資訊，除非收件人聯繫我們進行其他安排。

_____ _____ _____

日期 簽名 如非患者本人，請正楷書寫姓名以及與患者關係

說明：

1) 填寫右上角的患者身份資訊
2) 填寫收件人的所有必需資訊，包括有效的電子郵件地址
3) 勾選用於披露目的的方框
4) 勾選要披露的資訊類型，並勾選時間範圍
5) 如果您希望包含特別保護的資訊，請選中相應的框
6) 輸入您簽署授權書的日期
7) 在表格上簽名
8) 如果您是個人代表，請列印您的姓名和關係。 如果需要，我們可能會與您聯絡並要求您提供其他文件。
9) 將此表格提交給您授權獲取記錄的第三方
10) 請保留一份副本作為備份記錄

Kaiser Permanente是指您的保險公司（Kaiser Permanente健康計劃）和您的醫生（Permanente醫療或牙科小組）。還包括不同的群體，具體取決於您居住的地方。

要尋找聯繫資訊，請訪問kp.org並搜尋下面列出的您所在地區/市場的位置，或者轉到kp.org/requestrecords並註明您的地區/市場。

我們業務覆蓋的所有州：
- Kaiser Foundation Hospitals
- Kaiser Permanente Insurance Company

科羅拉多州：
- Kaiser Foundation Health Plan of Colorado
- Colorado Permanente Medical Group, P.C.

喬治亞州：
- Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
- The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

中大西洋（馬里蘭州/弗吉尼亞州/華盛頓特區）：
- Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
- 中大西洋Permanente Medical Group，P.C

華盛頓州：
- Kaiser Foundation Health Plan of Washington
- Washington Permanente Medical Group, P.C.

加州 - 北部：
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，加州北部地區
- Permanente醫療集團有限公司 The Permanente Medical Group, Inc.

加州 - 南部：
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.，加州南部地區
- Southern California Permanente Medical Group

夏威夷州：
- Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Hawaii Region
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.
- Maui Health Systems

西北（俄勒岡州/華盛頓州西南部）：
- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Northwest Permanente, P.C.
- Permanente Dental Associates, P.C.

KAISER PERMANENTE®

患者姓名：_____
醫療記錄編號：_____
出生日期：_____ 電子郵件：_____

不要用於患者資訊備份或查看其醫療記錄。患者應造訪kp.org/requestrecords方便地申請醫療記錄、FMLA和殘疾證明。

使用或披露患者健康資訊的授權
給以下第三方收件人（可能需要費用）
(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

收件人姓名：_____
地址：_____
城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____
電話號碼 (_____) _____ 電子郵件：_____

本授權書可用於以下目的：❑ 合法的 ❑ 保險 ❑ 醫療證明 ❑ 其他

作為本授權的一部分發布的醫院和醫療辦公室記錄可能包含與初級保健記錄的精神健康、成癮和HIV醫療狀況相關的參考資料。

我授權在選定的時間範圍內披露以下內容：
❑ 表格填寫（可發放一份替代表格或相關醫療記錄用以替代） ❑ 醫療記錄 ❑ 影像診斷
❑ 明細賬單記錄 ❑ 藥房共付額 ❑ 醫療共付額
時間範圍：前 ❑ 2個月 ❑ 6個月 ❑ 1年 ❑ 2年 ❑ 5年 ❑ 所有電子記錄

如果您希望此版本包含受保護的治療部門或 HIV 初始檢測結果資訊，請選中下面的框。如果不勾選，該治療部門資訊將被排除。
❑ 心理健康治療記錄 ❑ 成癮藥物治療記錄 ❑ HIV檢查結果

有關Kaiser Permanente Oregon地點，**也需**選中此框以包含基因檢測資訊。❑

持續時間：授權有效期為自簽字日期起6個月。
撤銷：您或您的個人代表可提交一份書面申請至kp.org/requestrecords所列適用於您服務區的資訊公開單位，以撤消本授權書防止資訊在日後遭到公開。撤回授權書將不會影響收到書面申請前所披露的資訊。
再披露：本資訊一經披露將不再受到聯邦隱私法 (HIPAA) 保護。州或其他聯邦法可要求接收者取得您的授權後才可再披露資訊。

Kaiser Permanente 不會以您是否簽署本授權書來作為治療、給付、入保或理賠資格的條件。本授權書係根據您要求填寫。針對維吉尼亞州的患者，醫療記錄內將包含此授權書副本以及接收您資訊者的記錄。授權書的副本與正本具備同等效力。您有權收到此完整授權書的副本。我們將以電子格式向收件人提供所要求的資訊，除非收件人聯繫我們進行其他安排。

_____ _____ _____
日期 簽名 如非患者本人，請正楷書寫姓名以及與患者關係