

▶ **重要提示：請在填寫表格之前下載並保存該表格的副本。** ◀

-
- 如果您是患者，則回答“是”；如果您是患者的法律代表或個人代表，則回答“否”。
- 請注意，如果您回答“否”，則可能會要求您提供文件，以使您有權代表患者索取醫療記錄。

◆ **患者信息**

- 輸入患者的全名，中間名字的首字母（如果有），完整地址，出生日期，電話號碼和患者的電子郵件地址（用於聯繫目的時必填）

◆ **您希望我們向誰請求您的記錄？**

- 輸入薩特醫療機構的名稱或薩特醫生的全名，地址，電話號碼和傳真號碼。輸入薩特醫療機構的名稱或薩特醫生的全名，地址，電話號碼和傳真號碼。

◆ **您要將記錄發送到哪裡？**

- 如果僅要將記錄發送給患者，請選中該框。您可以跳到下一部分。
- 如果將記錄發送給患者以外的其他人，請輸入收件人的全名，地址，城市，州，郵政編碼，收件人的電話號碼，收件人的傳真或電子郵件。

◆ **請求病歷的原因是什麼？**

- 選擇請求醫療記錄的適當原因。 **只檢查一個。**

◆ **您正在尋找什麼治療日期的服務？**

- 盡最大可能列出所需的治療日期的大概日期範圍。

◆ **您想要什麼類型的記錄？（檢查所有適用）。**

- **診所/醫生辦公室拜訪記錄-所有提供者**：僅當您希望從任何見過的醫生那裡獲取記錄時，才選擇此選項。
- **僅遵循特定提供者**：僅當您需要特定醫生就診時的註釋時才選擇。請給我們您提供者的名稱，以加快您的請求。
- **醫院記錄**：僅當您希望從我們的一家醫院的住院治療或急診室就診時選擇記錄。
- **免疫接種**：僅在需要免疫接種記錄（流感疫苗，DTAP等）時選擇。
- **實驗室測試結果**：僅當您需要最新的實驗室測試結果（例如尿液分析，CBC等）時才選擇
- **放射學報告（CT，MRI，X射線等）**：僅當您想要放射學檢查結果的副本（打印形式）時才選擇。
注意：要索取放射圖像，請訪問<https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record>，然後單擊相應的鏈接。
- **手術報告/程序註釋**：僅當您想要最新手術或程序的手術報告或程序註釋的副本時才選擇。
- **物理/職業/語言治療記錄**：僅當您要復制最新的物理治療，職業治療或言語治療記錄時，才選擇此選項。

病歷授權表說明 Release Form Instructions

2020年9月

- **家庭健康記錄（在家中的Sutter Care）**：僅當您想要與通過Sutter Care在家中與家庭健康護理人員進行拜訪有關的記錄時，才選擇此選項。
- **其他**：僅當您要查找上面未列出的記錄時才選擇。您可以在下一部分中提供更多詳細信息。
- ◆ **請描述您要求的特定記錄，以幫助我們更全面地響應您的要求。**（例如：與疾病或手術，特定的實驗室測試，所有可用記錄等相關）。
 - 本部分是可選的。根據需要輸入與所需記錄類型相關的其他詳細信息。
- ◆ **我們是否有權發布您的病歷中可能包含的以下受保護信息？**
 - 請檢查所有適用的內容。如果沒有一個適合您，請留空。
- ◆ **這個要求有最後期限嗎？**
 - 如果您有截止日期以及需要記錄的日期，請回答“是”，如果您沒有特定的截止日期，請回答“否”。
 - **注意**：加利福尼亞州法律允許醫療保健提供者最多15天來滿足您的要求。
- ◆ **您希望我們如何發送記錄？*必須僅選擇一（1）個選項。**
 - 告訴我們您希望如何接收記錄。**僅檢查列表中的一個選項。**
- ◆ **到期日期（可選）**。除非另有口明，否則授權自簽署之日起一年有效。您有權給我們一個替代的到期日期。但是，如果您這樣做了，則必須將其日期定為從今天起至少未來15天，以便有足夠的時間來處理加利福尼亞州法律所允許的請求。
- ◆ **您在法律下的權利**。本部分僅供參考。它根據州和聯邦隱私法解釋了您的權利。
- ◆ **簽名和日期**。您需要簽名和日期才能使授權有效。如果您要代表患者完成授權，請打印您的姓名和與患者的關係。

其他要求：

- ◆ **帶有照片的證件**：為了保護您的身份，請提供帶照片的證件或政府頒發的其他證件的清晰副本以及用於身份驗證的授權表。如果您要親自領取記錄，則會要求您提供帶照片的身份證。
- ◆ **如果患者以外的人**：除了帶照片的證件，還請提供支持文件的副本，以使您有權代表患者請求記錄。可接受的文件形式包括：死亡證明，遺產執行人（僅適用於死者），授權書（必須包括允許進行醫療決策和/或發布醫療記錄的規定），衛生保健授權書（必須包括允許發布醫療記錄的規定）或某種其他形式的文件（以最終審查為準）

感謝您選擇Sutter Health作為您的選擇提供者。

健康信息的使用与披露授权书**(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Chinese)**

共 1 页, 第 2 页

您是患者本人吗? 是 不是, 我是患者的法定/个人代表*

*备注: 如果您不是患者本人, 您可能需要提供相关证明文件, 以证实您有权代表患者提出此请求。

患者信息

患者姓名:		出生日期:	
地址、城市、州、邮编:			
患者电话:		电子邮箱:	

您想向谁索取记录?

医疗保健提供者或机构名称:			
地址、城市、州、邮编:			
电话:		传真:	

您想将记录发送到哪里? 备注: 我们只能向经您授权的人员提供信息。 如果仅向患者本人发送记录, 请勾选此框。 无需填写本部分的其余内容。

收件人姓名:			
收件人详细地址、所在城市、所在州、邮编:			
收件人电话:		收件人传真号或电子邮箱:	

索取记录的原因是什么? 我要搬迁和/或更换医生 寻求二次诊断意见 看专科医生
 参军 个人用途 其他原因: _____**您希望将服务治疗日期安排在什么时间?**指定大致的*日期范围 - 开始日期: ____/____/____ 结束日期: ____/____/____
*日期范围不一定要非常准确, 尽您所能输入相关日期。**您想要哪些类型的记录? 备注: 有些记录可能仅以纸质或 PDF 格式提供。** 诊所/医生办公室检查记录 - 所有服务提供者 或 关注特定的服务提供者 (仅适用): _____ 醫院記錄 免疫 實驗室結果 放射學報告 (CT, MRI, X射線等)
 手术报告/过程记录 物理/职业/语言治疗记录
 居家健康记录 (Sutter Care at Home) 其他 (请指明)

请说明您索要的具体记录, 以便我们更全面地回应您的请求。

(例如: 关于病症或手术, 特定实验室检验, 所有可用记录等)

是否准许我们披露您记录中可能包含的如下受保护信息*?

请勾选以下所有适用项。 *可能需要额外授权。

 HIV 检验结果 吸毒/药物滥用记录
 心理健康记录 基因检验结果

1000

HIM ROI
AUTHORIZATION

健康信息的使用与披露授权书**(AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION – Chinese)**

共 2 页, 第 2 页

该请求是否存在截止日期?

根据法律规定, 我们最多有 15 天的时间来满足您的请求。 但如果您急需马上预约, 请告知我们。 我们将尽力满足您的截止日期要求。

是的, 我有一个截止日期。 所需日期: _____ 没有, 请尽快提供即可。

您希望我们以何种方式发送记录? *必须且只能选择一项

患者门户网站 (My Health Online) 电子邮件 (加密) 电子邮件 (未加密) *

传真 (限50页内) CD (加密) (邮寄) CD (加密) (患者/其他人亲自取件)

可能需要支付费用 (按页): 纸质 (邮寄) 纸质 (患者/其他人亲自取件)

额外收费服务: U 盘 (邮寄) (加密) U 盘 (亲自取件) (加密)

*通过未加密的电子邮件发送信息会增加未经授权的第三方读取信息的风险。

有效期限

本授权应立即生效, 并自签署之日起一 (1) 年内有效, 除非在此指明: _____

*可选有效期 (必须是从今天起至少15天以后的日期才有效)

您依法享有的权利

- 我可以拒绝签署此授权书, 我的拒绝并不影响我所能获得的治疗或支付。
- 我可以随时撤销此项授权。 我的撤销必须以书面形式提出, 由我本人或我的代表签字, 并邮寄至以下地址:
 - o Sutter Shared Services, Attn: Release of Information, P. . Box 619091, Roseville, CA 95661
- 我对此授权的撤销将在收件后立即生效, 但不会影响在我授权有效期间所进行的使用或披露。
- 我有权获得此项授权的一份副本。
- 只要信息由上述机构保管, 我便可以查阅及索取本人授权使用或披露的健康信息的副本。
- 上述地点不会有偿使用或披露我的健康信息。
- 我了解, 加州法律禁止接收有关我健康信息的人进一步披露本人的健康信息, 除非接收人获得我的另一项授权, 或法律要求或允许进行披露。 这种保护并不适用加州以外的接收者。

签名和日期 (根据法律规定)

签名: _____ 日期: _____ 具体时间: _____
(患者或法定/个人代表*)

*如果非患者本人签名, 请正楷书写姓名并指明与患者的关系:

姓名: _____ 关系: _____

备注: 如需帐单记录或放射图像,
请访问<https://www.sutterhealth.org/for-patients/request-medical-record>并单击选择相应的链接。