

受保護健康資訊使用或揭露授權書，或口頭照  
護協調同意書

## 患者資訊

病歷編號： \_\_\_\_\_ 出生日期： 年/月/日 \_\_\_\_\_ 後四位數字 \_\_\_\_\_  
社會安全號碼： \_\_\_\_\_

患者姓名： 姓氏 \_\_\_\_\_ 名字 \_\_\_\_\_ 中 \_\_\_\_\_  
間 \_\_\_\_\_  
名 \_\_\_\_\_

使用的其他姓名： \_\_\_\_\_

電話：( ) \_\_\_\_\_  住家  同意以電話留言通  
 行動 知 電子郵件： \_\_\_\_\_

索取病歷者：

將病歷交付給：

姓名：

地址：

市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

電 傳 電 子  
話： \_\_\_\_\_ 真 \_\_\_\_\_ 郵  
： \_\_\_\_\_ 件： \_\_\_\_\_

格式類型 (勾選一項)

交付類型 (勾選一項)

紙本

光碟

郵件

傳真

親自領取

MYCHART

治療日期和地點

從：年/月/日 \_\_\_\_\_ 到 年/月/日 \_\_\_\_\_

扎克伯格三藩市總醫院與創傷中心 (Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center)

Laguna Honda醫院及復健中心 (Laguna Honda Hospital and Rehab Center)

SF門診/專科診所

SF青少年中心 (SF Youth Teen Center)

監獄健康 (Jail Health)

行為健康中心

Curry Senior Health Center

家庭健康 (Home Health)

其他：

請求目的 (依據美國聯邦法規45 CFR 164.508)

個人使用 (副本)

醫療服務提供者

法律目的

傷殘理賠

保險

親自審查記錄

與上述人員進行口頭交流

其他 (請註明)：

行為健康財務資格授權

投保人福利轉讓

投保人資訊揭露

保險福利協調

請勾選欲揭露之項目

相關資料袋：出院摘要、手術報告、化驗報告、X光報告、會診報告、病理報告

出院總結

急診室紀錄

心電圖 (EKG)/回波

病史和體檢

X光/ CT/ MRI/ ULT/ NM

免疫接種

諮詢報告

進度說明

實驗室

受保護健康資訊使用或揭露授權書，或口頭照  
護協調同意書

<input type="checkbox"/> 手術報告	<input type="checkbox"/> 完整病歷	<input type="checkbox"/> 牙科
<input type="checkbox"/> 麻醉紀錄	<input type="checkbox"/> 植入紀錄	<input type="checkbox"/> 帳單/紀錄
<input type="checkbox"/> 病理報告	<input type="checkbox"/> 藥物濫用障礙治療紀錄**	<input type="checkbox"/> 心理健康紀錄**

其他：

**\*\*特別授權 - 需要額外的簽名和日期如下。**

<input type="checkbox"/> 藥物濫用障礙治療紀錄/診斷	簽名：	日期： 年/月/日
<input type="checkbox"/> 心理健康治療/診斷	簽名：	日期： 年/月/日
<input type="checkbox"/> 愛滋病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 檢測/診斷	簽名：	日期： 年/月/日
<input type="checkbox"/> 基因檢測/諮詢	簽名：	日期： 年/月/日

特別說明：請在下面註明對所請求的紀錄的任何限制（日期、治療）

**時間限制和取消權**

本健康資訊揭露授權書為自願性，且可隨時撤銷。除非取消，否則此授權書將在以下日期（年/月/日）到期，或自簽名之日起一年（除非另有說明）。取消必須以書面形式，由您或您的代表簽署，並根據要求提交至機構的病歷中。取消將在收到您簽署的取消後生效，但不適用於已傳送的病歷。

**重新揭露/重新發布**

本人了解根據本授權所揭露的資訊可能會被接收者重新揭露。此類再次揭露於某些情況下，並未受到加州法律禁止，且可能不再受到聯邦保密法 (HIPAA) 保護；然而，受《美國聯邦法規》42 CFR Part 2 保護之資訊仍持續受到該法規之保護。此外，加州法律禁止接收本人健康資訊之人進一步揭露該資訊，除非已取得本人另行出具之揭露授權書，或此類揭露為法律明文規定之必要或許可。該設施特此免除在指示和授權範圍內揭露資訊的任何法律責任或義務。

**本人的權利**

本人可以拒絕簽署這項授權書。本人之拒絕將不會影響本人取得治療、給付或享有保險福利資格。本人可以檢查或取得要求本人揭露之健康資訊的副本。

**副本** 本人了解本人有權獲得此授權書的副本。

**可能要求揭露資訊的患者或個人代表的簽名**

本人授權三藩市公共衛生部 (San Francisco Department of Public Health, SFPDH) 和三藩市保健網絡 (SF Health Network) 揭露上述受保護的健康資訊。

**患者/代表簽名：**

日期： 年/月/日

**正楷書寫**

**姓名：**

如果不是患者，請註明關係： 家長  監護人  執行人  其他： \_\_\_\_\_

見證人： \_\_\_\_\_

受保護健康資訊使用或揭露授權書，或口頭照  
護協調同意書

(如果患者/客戶無法簽名則需要)

**僅限健康資訊系統**

**(Health Information**

**System, HIS) 員工：**

身分驗證： 駕照  護照  其他 \_\_\_\_\_

驗證人員： \_\_\_\_\_ / 年/月/日

縮寫和 日期

請求接收者： \_\_\_\_\_ / 年/月/日 請求處理者： \_\_\_\_\_ / 年/月/日

縮寫和 日期

請求的副本提供於 \_\_\_\_\_ 年/月/日 透  郵  傳  親自領  其他 \_\_\_\_\_

過 件 真 取

**\*\*心理健康紀錄 (Lanterman-Petris-Short Act)**

在該客戶的心理健康護理圖表中簽署的許可或豁免心理健康提供者

核准發布心理健康治療紀錄。  同意提供心理健康紀錄摘要。

被臨床醫生拒絕 - 原因： \_\_\_\_\_

其他： \_\_\_\_\_

**心理健康提供者**

日期：年/月/日 簽名 \_\_\_\_\_ 病歷號碼 \_\_\_\_\_

正楷姓名/職稱 \_\_\_\_\_

**學位**

## 三藩市保健網絡 (SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK)

### 醫院

扎克伯格三藩市總醫院與創傷中心  
1001 Potrero Avenue  
San Francisco, CA 94110-3518

**Laguna Honda**醫院及復健中心  
375 Laguna Honda Blvd  
San Francisco, CA 94116-1411

### SAN FRANCISCO HEALTH NETWORK HEALTH CENTERS

這不是完整的清單 - 根據您的要求寫下其他位置

Adult Immunization & Travel Clinic (AITC)	Central City Behavioral Health Services
Balboa Teen Health Center	Chinatown Child Development Center
Breast & Cervical Cancer Services	Chinatown North Beach Mental Health Services
Castro-Mission Health Center	Community Justice Center
Children's Health Center at ZSFGH	Comprehensive Crisis Services
Chinatown Public Health Center	CYF Psychological Assessment Services
Cole Street Clinic	Drug Court Treatment Center
Curry Senior Center	Educationally Related MHS (AB3632)
Family Health Center at ZSFGH	Family Mosaic Project
Richard Fines People Clinic	Foster Care Mental Health Program
Hawkins Village Teen Health Center	Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD)
Hip Hop Health Clinic	Mission Family Center
Larkin Street Medical Clinic	Mission Mental Health Team I
Maria X Martinez Health Clinic	OMI Anchor Program
Maxine Hall Health Center	OMI Family Center
Ocean Park Health Center	SF Fully Integrated Recovery Services Team (FIRST)
Potrero Hill Health Center	South of Market MHS
Silver Avenue Family Health Center	South Van Ness HIV and Gender Services
Southeast Family Health Center	Southeast Child and Family Therapy 1
Special Programs for Youth	Southeast Child and Family Therapy Center 2
City Clinic on 7th Street	Southeast Mission Geriatric Services
Tom Waddell Health Center	Sunset Mental Health Services Adult
Transgender Health Clinic	Transitional Age Youth Service
Women's Health Center	Health at Home

我該如何索取我的病歷？ • 填寫病歷發布表並回傳給對應部門

病歷 醫院或診所的醫療文件	Zuckerberg San Francisco General Hospital 1001 Potrero Avenue, Bldg 5, 2nd Floor, 2B1 San Francisco, CA 94110-3518	週一至週五上午8點至下午4:00 週末及假日休息 628-206-8640 傳真：628-206-8623
診斷影像 (例如X光、CT掃描)	ZSFG成像庫 1001 Potrero Avenue, Room 1X42 San Francisco, CA 94110-3518	週一至週五上午8:30至下午4:30 628-206-8033傳真： 628-206-8946
帳單 (醫院)	ZSFG計費部 1001 Potrero Avenue, Bldg 20, 4th Floor San Francisco, CA 94110	週一至週五上午8:00至下午5:00 (中午12點至下午1:00關閉) 628-206-8448傳真： 628-206-4613

## 受保護健康資訊使用或揭露授權書，或口頭照 護協調同意書

### 申請您的病歷資料

#### 填寫申請表

- 填寫所有資料。注意：資料不全將延誤病歷資料的發放。
- 列出您在接受醫療服務時所使用的所有姓名。
- 具體說明您想要的病歷。在「特別說明」下，您也可以指明您不希望發布的具體文件。（範例：就診日期為\_\_\_\_\_之病歷資料）。
- 請針對您想送達病歷資料之每個地點填寫一份表格。

#### 口頭溝通授權

- 需要特別授權的醫療服務協調：需要口頭和書面授權的心理健康、藥物濫用障礙、愛滋病毒檢測結果

#### 成本

- 注意：交付其他醫療機構之副本免費提供。
- 領取病歷時可能須支付費用。
- 若您申請全部病歷，每份病歷之費用可能超過\$50.00。
- 有權接收您的病歷的律師或保險公司可能需要支付適用的費用。
- 其他部門，例如放射科和計費科，可能會收取額外費用。

#### 我的病歷什麼時候可以準備好？

- 病歷發布請求通常於5-10個工作天內處理完畢，不含國定假日及週末。
- 填寫所需格式及交付方式：紙本、光碟、加密電子郵件、郵寄、傳真、親自領取
- 您的病歷準備就緒可供領取時，我們會通知您。
- 領取或翻閱病歷時，請出示有效之附照片身分證明文件。

#### 翻閱您的病歷

- 填寫病歷發布表並勾選「親自翻閱病歷」選項。注意：於翻閱時段，僅您所申請之病歷可供查閱。
- 我們將於5個工作天內派專人與您聯絡安排預約時間。我們將於上班時間內為您安排預約。
- 針對目前入住專業護理機構 (Skilled Nursing Facility, SNF) 之住民，我們將於24小時內派專人與您聯絡以翻閱您的病歷。
- 請攜帶附有簽名之有效相片身分證明文件。
- 您可以有一名陪同者。他/她的姓名必須包含在授權表中。
- 您將有大約1小時的時間翻閱您的病歷。翻閱時段將有工作人員在場；但他們無法回答任何醫療問題或解釋文件內容。翻閱病歷須支付\$15.00之費用，且必須於本院內進行翻閱。

### 病歷中的常用文件

具體病歷可能包括	所有病歷還包括：
<ul style="list-style-type: none"><li>• 病史與身體檢查</li><li>• 出院總結（住院病人）</li><li>• 病理</li><li>• 診斷影像（X光、電腦斷層掃描 (CT)、核磁共振造影 (MRI)、核子醫學檢查及超音波）</li><li>• 實驗室（血液檢查、尿液測試等...）</li><li>• 進展紀錄（住院患者）</li><li>• 臨床紀錄（門診）</li><li>• 治療（身體、職業、言語）</li><li>• 主要診斷檢驗（超音波心臟檢查、腦電圖 (EEG)、壓力測試、大腸鏡檢查等）</li><li>• 心臟病學考試</li><li>• 手術報告</li></ul>	<p>具體病歷加上：</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 醫生醫囑（住院患者）</li><li>• 護理紀錄及相關文件（住院患者）</li><li>• 用藥紀錄（住院患者）</li></ul> <p>所有病歷為自初診日起至今日為止。</p> <p>** 第1頁的「特殊授權」一節針對第一頁所列之特殊服務，須另行簽名及註明日期。</p>