

患者授权披露、发布和/或获取受保护健康信息

近期病历可通过 MyChart 直接下载，无需填写此表格。更多信息请参阅第 3 页。

1. 患者信息

姓名 - 姓氏、名字、中间名	曾用名/别名		
街道地址	城市	州	邮政编码
电子邮件地址	出生日期	电话	

2. 申请目的

☐ 律师 ☐ 保险 ☐ PFMLA
☐ 医疗服务提供者 ☐ 个人 ☐ 其他（请注明）_____

3. 需披露记录的机构

☐ Valley Medical Center & 及其诊所 (VMCC)
☐ 医疗服务提供者/诊所（请将此表格直接寄送至非 VMCC 医疗服务提供者）：_____
地址：_____ 电话：_____ 传真：_____

4. 记录接收方（例如：保险公司、律师、医生、患者）

姓名	收件人	电话	传真	电子邮件
街道地址	城市	州	邮政编码	

5. 需披露的记录：日期范围：自 _____ 至 _____ 或 ☐ 最近 2 年（如未填写日期，则以此为准）

☐ 病历 ☐ 计费记录 ☐ 免疫接种记录 ☐ 放射影像
☐ 门诊笔记 ☐ 检验和病理报告 ☐ 操作记录 ☐ 放射报告
☐ 其他（请注明）：_____
☐ 本人授权就本人的病史和诊疗情况进行口头沟通。（勾选此项表示：除非另有说明，否则不会发送纸质记录。）
敏感记录： 本人授权披露 Valley Medical Center & Clinics 记录中持有的以下信息（请勾选所有适用项）：
☐ HIV/AIDS 及性传播疾病检测结果、诊断或治疗记录（RCW 70.02.220）
☐ 心理健康记录（RCW 70.02.230 或 240）
☐ 物质使用障碍记录（42 CFR Part 2）

6. 记录格式：如仅限口头沟通，请跳过此项。

注意：放射影像记录以 CD 形式提供，需使用 DICOM 查看器。

☐ CD/DVD（需 PDF 阅读器） ☐ 纸质 ☐ MyChart ☐ USB/优盘 ☐ 电子邮件（参见第 3 页）

7. 本授权有效期至 _____（日期）或以下事件发生时：_____

（如未提供日期或事件，本授权自签署之日起有效期为三年。向雇主或金融机构披露信息的授权有效期仅为一年。）

签署上述页面即表示本人确认已阅读并同意本表格正反两面的条款。

签名（患者或获授权签署人）：	日期
如非患者本人签署，请提供以下信息：正楷姓名、签署理由、与患者的关系、授权说明	



患者授权披露、发布或获取受保护健康信息

未成年人：未成年患者本人的签名在披露以下信息时为必需：(1) 与未成年人生殖保健相关的状况；(2) 性传播疾病（若年满 14 岁）；(3) 酒精和/或药物滥用及心理健康状况（若年满 13 岁）。

患者权利：本人了解，本人无需签署此授权书即可获得医疗保健福利（治疗、付款或参保）。本人可随时撤销此授权，但须以书面形式向 Valley Medical Center（地址：400 S. 43rd Street, Renton, WA 98055）提交撤销请求，但撤销不得影响已依赖本授权所采取的行动。本人了解，一旦本人授权披露的健康信息到达指定接收方，该信息可能不再受隐私法律保护，并可能被再次披露。

本人了解本人享有以下权利：

- 查阅或获取本人受保护健康信息的副本
- 获取本签署表格的副本
- 拒绝签署本授权书以披露或发布本人的受保护健康信息

本人也了解，Valley Medical Center & Clinics (VMCC) 不会因收到此签署的授权书而影响治疗或付款决定，但以下情况除外：(1) VMC 可能将签署授权或提供用于此类研究的信息使用或披露授权，作为与研究相关的治疗的条件；或 (2) VMCC 可能将为向第三方披露而创建受保护健康信息所提供医疗保健，作为签署或提供向该第三方披露健康信息授权的条件。例如，当非 VMCC 雇主与 Valley Medical Center & Clinics 签约，为员工健康筛查目的进行结核病检测时，即属此类情况。

本授权表可通过邮寄、电子邮件或传真方式发送给我们。

Valley Medical Center & Clinics 及其诊所

邮寄地址： Release of Information

400 S 43rd Street

P.O. Box 50010

Renton, WA 98058

传真： (425) 690-9407

电话： (425) 690-3406

电子邮件： RecordsRequest@valleymed.org

填写说明

患者授权披露、发布或获取受保护健康信息

第 1 项（患者信息）：患者的姓名、曾用名和别名（如有）、完整地址、出生日期、电话号码和电子邮件地址。

第 2 项（目的）：注明披露的所有目的。

第 3 项（需披露记录的机构）：指明持有待发布健康记录的机构。

第 4 项（记录接收方）：指明将接收信息的特定个人或人群类别。

第 5 项（需披露的记录）：注：所有选择均可能包含对所披露记录的口头沟通。选择允许披露的信息。

- 选择“最近 2 年”或指定需披露记录的具体日期范围。如未作选择，将提供最近 2 年的记录。
- “口头沟通”选项可用于允许与第 4 项中指定人员进行对话。
- 如果在“敏感记录”框中未作选择，则**不会**提供这些记录。

第 6 项（记录格式）：指明所需格式。如选择电子邮件，患者理解并接受电子邮件通信的潜在风险。电子邮件受文件大小限制。

第 7 项（有效期）：如指定了事件，该事件必须与患者相关（例如，患者治疗终止、患者死亡）或与授权目的相关（例如，若授权用于伤残认定，则授权可在认定完成后终止）。最好指定具体日期。

完整性：接收方将获得您授权之日所请求记录的副本。这些记录将从法定病历中生成，在某些情况下涉及混合记录，可能包含部分纸质文件以及来自多个电子健康记录系统的医疗信息。由于电子健康信息由多个用户实时创建和生成，我们尽力确保所提供的记录包含参与患者诊疗的临床医生录入的所有文件。如果您认为未收到所有所请求的信息，请联系健康信息管理部。

签名：一般而言，年满 18 岁的患者具有签署本表格的法律授权。对于未满 18 岁的患者，通常需由患者的父母或法定监护人代表患者签署。然而，华盛顿州法律对这些一般规则存在例外情况。例如，无论年龄大小，患者均可签署本表格用于披露其生殖健康相关信息；年满 14 岁的患者可授权披露 HIV 检测结果；年满 13 岁的患者可授权披露门诊心理健康治疗信息。

对于已故患者，本表格可由患者的尚存配偶或个人代表（例如，遗产管理人或执行人）签署。

所有代表患者签署使用或披露医疗信息授权的人员，必须说明其与患者的关系，并可能被要求提供允许使用或披露该医疗信息的法律授权证明。

注意：近期病历可通过 MyChart 直接下载，无需填写此表格。请访问 <https://valleymed.org/mychart> 获取信息和操作说明。如需索取无法通过 MyChart 提供的记录，您可以在 MyChart 内填写电子表格，作为此纸质表格的替代方式。