

牙買加醫院醫療中心 Jamaica Hospital Medical Center
8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418
根據健康保險流通與責任法案披露健康資訊的授權
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION PURSUANT TO HIPAA

患者姓名 <i>Patient Name</i>	出生日期 <i>Date of Birth</i>	社會安全碼 <i>Social Security Number</i>
患者地址 <i>Patient Address</i>		
電話號碼 <i>Phone Number</i>	接收人的電子郵件 <i>Email Address of Recipient</i>	

我或我的授權代表，要求按照本表格中的規定發佈有關我的護理和治療的健康資訊：

根據紐約州法律和 1996 年發佈的健康保險流通和責任法案（HIPAA）中的隱私規則，我理解：

1. 本授權書可包括披露與酒精和藥物濫用、心理健康治療（心理治療筆記除外）相關的資訊，以及僅當我在第 9（a）項中的相應行上填寫姓名首字母時，才可披露的與愛滋病毒*相關的機密資訊。如果以下描述的健康資訊包括任何此類資訊，並且我在第 9（a）項框中填寫了姓名首字母，則表示我特別授權將此類資訊發佈給第 8 項中所示的人員。
2. 如果我授權發佈與愛滋病毒相關的、酒精或藥物治療或心理健康治療資訊，除非聯邦或州法律允許，否則未經我授權，接收者不得再次披露此類資訊。我理解，我有權要求提供未經授權可能接收或使用我的愛滋病毒相關資訊的人員名單。如果我因發佈或披露與愛滋病毒有關的資訊而遭受歧視，我可以聯繫紐約州人權司（212）480-2493 或紐約市人權委員會（212）306-7450。這些機構有責任保護我的權利免遭侵害。
3. 本人有權隨時以書面形式向下列醫療保健提供者撤銷本授權。我理解，我可以撤銷此授權，除非已根據此授權採取了相關行動。
4. 我理解簽署本授權書是自願的。我的治療、付款、參加健康計畫或享受福利的資格不受我對本披露的授權的限制。
5. 根據本授權書披露的資訊可能會被接收方重新披露（第 2 項中所述的情況除外），並且這種重新披露的行為可能不再受聯邦或州法律的保護。
6. 本授權書不授權您與任何人討論我的健康資訊或醫療護理情況。

7. 發佈此資訊的醫療提供者或實體的名稱和位址 <i>Name and address of health provider or entity to release this information:</i> Jamaica Hospital Medical Center, 8900 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418
8. 接收此資訊的人員或類別或人員的姓名和地址 <i>Name and address of person(s) or category or person to whom this information will be sent:</i>

9(a) 發佈的具體資訊
Specific information to be released:

從(輸入日期)_____到(輸入日期)to (insert date)_____的醫療記錄
Medical Record from (insert date)_____ to (insert date)_____

完整的醫療記錄，包括患者病史、辦公室記錄（心理治療記錄除外）、檢測結果、放射學研究、影像、轉診、諮詢、帳單記錄、保險記錄以及其他醫療服務提供者發送給您的記錄。
Entire medical Record, including patient histories, office notes (except psychotherapy notes), test results, radiology studies, films, referrals, consults, billing records, insurance records, and records sent to you by other health care providers.

其他: _____
Other

請說明您希望如何接收記錄。僅選擇一個：
Please indicate how you want to receive records. Choose one only:

紙質
Paper

CD 碟片 CD

MediSys MyChart 患者門戶網站（電子版）
MediSys MyChart Patient Portal (electronic)

加密的電子郵件: _____
E-mail Encrypted

印刷體電子郵件地址
Print E-Mail Address

包括：（填寫姓名首字母）
Include: (Indicate by Initialing)

_____ 酒精/藥物治療
Alcohol/Drug Treatment

_____ 心理健康資訊
Mental Health Information

_____ 愛滋病毒相關資訊
HIV-Related Information

_____ 基因檢測 Genetic Testing

10. 披露該資訊的原因 Reason for release of information <input type="checkbox"/> 個人請求 At request of individual <input type="checkbox"/> 其他 Other	11. 此授權到期的日期或事件 Date or event on which this authorization will expire: 一年後的今天或我列出的日期或事件 One year from today or the date or event I have listed :
12. 如果不是患者，簽字人姓名： <i>If not the patient, name of person signing form:</i>	13. 代表患者簽字的許可權： <i>Authority to sign on behalf of patient:</i>

此表格上的所有專案都已完成，我關於此表格的問題已得到回答。此外，我還收到了一份表格的副本。

 患者或法律授權代表簽字
Signature of patient or representative authorized by law

日期: _____
Date

Jamaica Hospital Medical Center
MediSys Health Network Locations: Facilities

披露受保護的健康資訊/醫療記錄的授權
AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION/MEDICAL RECORDS

我還同意從以下場所披露我的醫療記錄。(填寫姓名首字母)
I would also like for my medical records to be released from the following site(s). (Indicate by initialing)

場所 SITE	郵寄地址 MAILING ADDRESS	診療日期 TREATMENT DATE	姓名首字母 INITIALS
牙買加醫院養老院 Jamaica Hospital Nursing Home	135 街 89-40 號 牙買加, 紐約 11418 89-40 135th Street, Jamaica, New York 11418		
紐約東部 East New York	大西洋大道 3080 號 布魯克林, 紐約 11208 3080 Atlantic Avenue, Brooklyn, New York 11208		
霍利斯 Hollis	牙買加大道 188-03 號 霍利斯, 紐約 11423 188-03 Jamaica Avenue, Hollis, New York 11423		
霍利斯-都鐸 Hollis Tudors	霍利斯大道 200-16 號 霍利斯, 紐約 11423 200-16 Hollis Avenue, Hollis, New York 11423		
霍華德海灘 Howard Beach	跨灣大道 156-10 號 霍華德海灘, 紐約 11414 156-10 Cross Bay Blvd. Howard Beach, New York 11414		
牙買加 (原蘇特芬) Jamaica (formerly Sutphin)	牙買加大道 149-18 號 牙買加, 紐約 11435 188-03 Jamaica Avenue, Jamaica, New York 11418		
臭氧公園 Ozone Park	大西洋大道 91-20 號 臭氧公園, 紐約 11416 91-20 Atlantic Avenue, Ozone Park, New York 11416		
里士滿山-家庭實踐 Richmond Hill - Family Practice	牙買加大道 133-03 號 牙買加, 紐約 11418 133-03 Jamaica Avenue, Jamaica, New York 11418		
老年健康中心 Senior Health Center	大西洋大道 91-20 號 臭氧公園, 紐約 11416 91-20 Atlantic Avenue, Ozone Park, New York 11416		
聖奧爾本斯 St. Albans	梅裡克大道 111-20 號 聖奧爾本斯, 紐約 11433 111-20 Merrick Blvd., St. Albans, New York 11433		
里士滿山-婦女健康中心 Richmond Hill - Woman's Health Center	牙買加大道 133-03 號 里士滿山, 紐約 11418 133-03 Jamaica Avenue, Richmond Hill, New York 11418		
心理治療-牙買加高級中心 Advanced Center for Psychotherapy-Jamaica Estates	韋克斯福德屋苑 178-10 號 皇后區, 紐約 11375 178-10 Wexford Terrace, Queens, New York 11375		
森林小丘心理治療高級中心 Advanced Center for Psychotherapy-Forest Hills	68 號路 103-26 號 牙買加 紐約 11375 103-26 68th Road, Jamaica, New York 11375		
牙買加醫院醫療中心 心理健康診所 Jamaica Hospital Medical Center Mental Health Clinic	範威克高速公路 90-09 號 牙買加, 紐約 11418 90-09 Van Wyck Expressway, Jamaica, New York 11418		

我在 (日期) _____, 在患者的許可下, 為其進行翻譯, 以便正確完成授權, 並回答了其向我提出的所有問題。
I translated for this patient on (date) _____ with their permission so the authorization could be completed properly and I answered all questions asked of me.

日期: _____ 印刷體姓名: _____
 Date: _____ Print Name: _____

簽名: _____ 職稱: _____
 Signature: _____ Title: _____