



患者姓名（请以正楷书写）：		中间名或其他姓名（请以正楷书写）：	患者出生日期： / /															
患者街道地址（请以正楷书写）：		患者公寓/单元/套房（请以正楷书写）：																
患者所在城市（请以正楷书写）：	患者所在州（请以正楷书写）：	患者邮政编码（请以正楷书写）：																
患者电话： ()	患者电子邮箱（请以正楷书写）：																	
接收人姓名（请以正楷书写）： 如与上述信息相同，请勾选并跳至下一部分： <input type="checkbox"/>																		
接收人街道地址（请以正楷书写）：		接收人公寓/单元/套房（请以正楷书写）：																
接收人所在城市（请以正楷书写）：	接收人所在州（请以正楷书写）：	接收人邮政编码（请以正楷书写）：																
接收人电话： ()	接收人传真号码： ()	接收人电子邮箱（请以正楷书写）：																
申请原因： 请说明记录披露的目的： <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 患者申请</td> <td><input type="checkbox"/> 转至其他机构/提供者治疗</td> <td><input type="checkbox"/> 人寿保险</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 法律用途</td> <td><input type="checkbox"/> 残疾认定</td> <td><input type="checkbox"/> 免疫接种</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 工伤赔偿</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 患者申请	<input type="checkbox"/> 转至其他机构/提供者治疗	<input type="checkbox"/> 人寿保险	<input type="checkbox"/> 法律用途	<input type="checkbox"/> 残疾认定	<input type="checkbox"/> 免疫接种	<input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____		<input type="checkbox"/> 工伤赔偿						
<input type="checkbox"/> 患者申请	<input type="checkbox"/> 转至其他机构/提供者治疗	<input type="checkbox"/> 人寿保险																
<input type="checkbox"/> 法律用途	<input type="checkbox"/> 残疾认定	<input type="checkbox"/> 免疫接种																
<input type="checkbox"/> 其他（请说明）： _____		<input type="checkbox"/> 工伤赔偿																
披露机构 请勾选拟披露信息的中心名称，或选择“其他医疗保健提供者”并说明： <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 医院/住院地点</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Westchester</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Queens</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/ The One</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 医院/住院地点			<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester	<input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist	<input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health	<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital	<input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley	<input type="checkbox"/> NYP/Queens	<input type="checkbox"/> NYP/ The One
<input type="checkbox"/> 医院/住院地点																		
<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester	<input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center																
<input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist	<input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan	<input type="checkbox"/> NYP/Westchester Behavioral Health																
<input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center	<input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital	<input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital																
<input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley	<input type="checkbox"/> NYP/Queens	<input type="checkbox"/> NYP/ The One																
门诊/提供者办公室/NYP 医师医疗集团： 仅限门诊/医师办公室记录，请以正楷书写提供者姓名： <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC): _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM): _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester: _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC): _____	<input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM): _____	<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn: _____	<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley: _____	<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens: _____	<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester: _____									
<input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC): _____																		
<input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM): _____																		
<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn: _____																		
<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley: _____																		
<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens: _____																		
<input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester: _____																		
辅助服务 <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP 放射科（仅限影像）</td> <td><input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP 实验室（仅限病理切片）</td> <td><input type="checkbox"/> Columbia Dental Medicine</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> NYP 放射科（仅限影像）	<input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP	<input type="checkbox"/> NYP 实验室（仅限病理切片）	<input type="checkbox"/> Columbia Dental Medicine											
<input type="checkbox"/> NYP 放射科（仅限影像）	<input type="checkbox"/> Weill Cornell Imaging at NYP																	
<input type="checkbox"/> NYP 实验室（仅限病理切片）	<input type="checkbox"/> Columbia Dental Medicine																	
其他医疗保健提供者 （请说明并正楷书写提供者/机构名称）： _____																		

