

患者姓名（請以正楷書寫）：		中間名或其他姓名（請以正楷書寫）：		患者出生日期： / /																							
患者街道地址（請以正楷書寫）：				患者居住公寓/單位/套房（請以正楷書寫）：																							
患者居住城市（請以正楷書寫）：			患者居住州（請以正楷書寫）：		患者郵遞區號（請以正楷書寫）：																						
患者電話： ()		患者傳真號碼（若適用）：		患者電子郵件地址（請以正楷書寫）：																							
收件人姓名（請以正楷書寫）：若與上述姓名相同，請勾選，並跳至下一節： <input type="checkbox"/>																											
收件人街道地址（請以正楷書寫）：				收件人居住公寓/單位/套房（請以正楷書寫）：																							
收件人居住城市（請以正楷書寫）：		收件人居住州（請以正楷書寫）：		收件人郵遞區號（請以正楷書寫）：																							
收件人電話號碼： ()		收件人傳真號碼： ()		收件人電子郵件地址（請以正楷書寫）：																							
要求原因 ，請說明報告披露之目的： <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 患者要求</td> <td><input type="checkbox"/> 在其他設施/提供者處接受照護</td> <td><input type="checkbox"/> 人壽保險</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 合法目的</td> <td><input type="checkbox"/> 殘障</td> <td><input type="checkbox"/> 工傷補償</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：_____</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 患者要求	<input type="checkbox"/> 在其他設施/提供者處接受照護	<input type="checkbox"/> 人壽保險	<input type="checkbox"/> 合法目的	<input type="checkbox"/> 殘障	<input type="checkbox"/> 工傷補償	<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：_____															
<input type="checkbox"/> 患者要求	<input type="checkbox"/> 在其他設施/提供者處接受照護	<input type="checkbox"/> 人壽保險																									
<input type="checkbox"/> 合法目的	<input type="checkbox"/> 殘障	<input type="checkbox"/> 工傷補償																									
<input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：_____																											
披露實體 請勾選要資訊披露對象中心名稱或選擇其他健康照護提供者，並請具體說明： <p>醫院/住院地點</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital</td> <td><input type="checkbox"/> NYP/Lawrence</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 Division</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></td> </tr> </table> <p>門診/提供者辦公室/NYP 醫師醫療團隊：僅供門診/醫師辦公室記錄之用，請以正楷書寫提供者名字：</p> <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> <p>輔助性服務</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP 放射科（僅影像學檢查）</td> <td><input type="checkbox"/> NYP 的 Weill Cornell 影像科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NYP 實驗室（僅病理學切片）</td> <td><input type="checkbox"/> Columbia 牙醫科</td> </tr> </table> <p>其他健康照護提供者（請具體說明並以正楷書寫提供者/實體名字）： _____</p>						<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Lawrence	<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 Division	<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"/> 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"/> NYP 放射科（僅影像學檢查）	<input type="checkbox"/> NYP 的 Weill Cornell 影像科	<input type="checkbox"/> NYP 實驗室（僅病理學切片）	<input type="checkbox"/> Columbia 牙醫科
<input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital	<input type="checkbox"/> NYP/Lawrence	<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 Division																									
<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"/> 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"/> NYP 放射科（僅影像學檢查）	<input type="checkbox"/> NYP 的 Weill Cornell 影像科																										
<input type="checkbox"/> NYP 實驗室（僅病理學切片）	<input type="checkbox"/> Columbia 牙醫科																										

要披露的資訊，請具體說明應披露的醫療記錄：

服務日期：從____/____/____/至____/____/____/（除非已填妥「服務日期」部分，否則記錄將不予披露）

要披露的醫療記錄：

- 完整的醫療記錄 住院/醫院記錄 門診/提供者辦公室記錄 牙醫記錄

要披露的特定記錄，僅限：

- 僅醫院入院記錄 僅手術報告 出院摘要
 僅急診室 門診手術記錄 收費明細
 僅放射學報告 僅放射學影像/研究 僅實驗室報告
 僅提供者筆記 僅諮詢報告 僅免疫清單

其他要披露的記錄（請具體說明）：_____

披露敏感資訊的額外授權，含有敏感資訊的記錄僅會在下述情況披露，即下方適用項目已由患者/授權代表簽上姓名首字母縮寫（要披露的每個部分均必須簽上姓名首字母縮寫）。

- ____ 酗酒/藥癮治療/檢測記錄 _____ HIV/AIDS 相關資訊
 ____ 心理健康檢測/治療（不含心理治療筆記） _____ 基因檢測資訊

其他意見/註釋：

披露方式，如有可能，我們會以電子格式提供您索取的資訊，請勾選您偏好的方式：

- 紙本 傳真 電子郵件（不安全方式）
 CD 隨身碟（若適用）
 患者入口網站：僅有擁有活動帳戶的患者，才可以透過安全的患者網頁入口網站，免費索取以電子方式提供的內容。

受保護健康資訊/病歷披露授權書，請查閱並簽署。本人或本人授權的代表申請披露此表所述之關於本人的醫療照護健康資訊。本人瞭解：

1. 透過填寫授權書並在下方簽名確認，本人可以查看及/或獲得在此授權書中所述的資訊副本。
2. 服務提供者可以收取合理費用以彌補檢視及/或建立副本所需的成本。
3. 治療與付款並不是您是否簽署此授權書的先決條件。簽署為自願性質，但您如拒絕簽署，NYP/CUIMC/WCM 將不會披露您的記錄。
4. 本人將明確對敏感資訊（例如 HIV/AIDS 相關資訊、酗酒或藥癮治療資訊、心理健康治療資訊，以及基因檢測資訊）的披露進行授權，收件人不得在未獲得本人授權的情況下，再次披露此類資訊，除非聯邦或州法律允許這樣做。如果本人因釋出或披露敏感資訊而遭遇歧視待遇，本人可聯繫紐約州人權署 (New York State Division of Human Rights)，電話號碼為 1-888-392-3644，或聯繫紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights)，電話號碼為 (718) 722-3131。這些機構負責保護我的權利。
5. 根據本授權所披露的資訊可能會由收件人再次披露（除了上述項目 4 所述內容），並且再次披露可能不再受到聯邦或州法律保護。
6. 本人可隨時向 NYP/CUIMC/WCM 提供書面通知撤銷此授權，但是之前已根據此授權採取的行動不受限制。
7. 本人瞭解，此授權將於（輸入日期）____/____/____或是簽署本授權書 1 年後失效。

患者/授權代表簽名：_____ 日期：____/____/____

若是授權代表，請以正楷書寫姓名以及和患者的關係，並提供適當的證明文件：

姓名：_____ 關係：_____