



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

健康信息使用或披露授权书

如未提供所有信息，可能会导致本授权书无效

医疗记录副本授权书： ☐ 纸质版 ☐ 电子版 ☐ 其他： _____

患者信息

患者姓名（名字，中间名，姓氏）（请以正楷书写）： _____

出生日期（月/日/年）： _____ 电话： _____

街道地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

您想向谁索取记录？

医疗保健提供者或机构名称： _____

街道地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

电话： _____ 传真： _____

您希望将记录寄送至何处？（注：我们仅能披露您已授权的信息）

☐ 如果记录仅寄送给患者，请勾选此方框。此部分无需进一步操作。

医疗保健提供者或机构名称： _____

街道地址： _____

城市： _____ 州： _____ 邮政编码： _____

电话： _____ 传真： _____ 电子邮件： _____

披露的目的是什么？

☐ 持续护理

☐ 保险

☐ 法律用途

☐ 个人用途

☐ 其他（请说明）： _____

续



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

健康信息使用或披露授权书

如未提供所有信息，可能会导致本授权书无效

披露的信息类型

治疗日期：_____

- | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 健康史和体检报告 | ☐ 放射学报告 | ☐ X 光片/影像学 CD |
| ☐ EKG/ECHO | ☐ 手术报告 | ☐ 化验报告 |
| ☐ 出院摘要 | ☐ 咨询报告 | ☐ 急诊记录 |
| ☐ 病理报告 | ☐ 账单记录 | |
| ☐ 其他（请说明）：_____ | | |
| ☐ 门诊/诊所记录 - 诊所名称/提供者姓名：_____ | | |

州/联邦法律规定，在披露以下各类信息时，需要获得特定授权：

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 心理健康 | ☐ 酒精/药物滥用 | ☐ HIV 检测结果 |
| ☐ 基因检测信息 | ☐ 性传播疾病 | ☐ 生殖健康 |
| ☐ 性别肯定护理 | | |

本人理解，本人的生殖健康记录受州法律保护，未经书面同意不得披露此信息，除非法规另有规定 (CA Civ. §56.110, CA Health & Safety Code § 130290, CA AB 352)。

披露心理治疗记录需要获得单独授权。

费用

根据 California Evidence Code Sections 1560-1567，获取医疗记录副本可能需要支付费用。

递送说明

- ☐ 将记录直接邮寄给指定的个人或组织
- ☐ 待记录准备完善后，致电告知申请者前来领取：
- 本人授权（请以正楷书写姓名）_____ 领取本人的医疗记录。
- 与患者的关系（请以正楷书写）：_____
- ☐ My CS-Link™（患者门户网站）
- ☐ 电子邮件：_____
- ☐ 其他：_____



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

健康信息使用或披露授权书

如未提供所有信息，可能会导致本授权书无效

权利通知

本人理解以下内容：

1. 如果本人拒绝签署此授权书，将不会对本人获得治疗的权利造成任何影响。
2. 如果本人被要求提供授权以使用或披露本人的健康信息，本人有权检查或获取相关健康信息的副本。
3. 本人可随时以书面形式撤销此授权书，并且此类书面形式应**由本人或本人代表签名并递交至：**
Cedars-Sinai Medical Center, Health Information Department
8700 Beverly Blvd., Room 2800
Los Angeles, CA 90048
4. 如果本人撤销此授权书，则在收到撤销通知之前所采取的任何行动均不会受到影响。
5. 本人有权获得此授权书的副本。
6. 依照此授权书而披露的信息可能会被接收者再次披露，并且不再受联邦隐私权法律 (HIPAA) 的保护。
但是，California 法律禁止接收本人健康信息的人员进行进一步披露，除非其获得本人就此披露所需的另行授权或者法律明确要求或允许披露此类信息。
7. 如果勾选 ☐，则申请者将因使用或披露本人的信息而获得相关报酬。

授权期满

未经本人书面撤销，此授权书将于满足披露要求后自动失效，但在任何情况下，均将于签署之日起 180 天后失效（除非另有说明）：

签名（患者、医疗保健委托人或法定代表）

日期（月/日/年）

法定代表关系