

## HIPAA 代表表格

我知道，通过自愿签署此表，我指定、授权并允许以下所列的 HIPAA 代表获取我的受保护健康信息 (PHI) 以协助我的护理情况。我也明白，如果在下方进行说明，则可限制对本人记录的获取，说明如下：

### 患者信息-请使用正楷书写

患者姓名： _____	出生日期： _____
地址： _____	城市/州/邮政编码： _____
最容易联系到的电话号码： _____	

### HIPAA 代表信息-请使用正楷书写

姓名： _____	出生日期： _____
地址： _____	城市/州/邮政编码： _____
最容易联系到的电话号码： _____	

### 我授权上述 HIPAA 代表获取：

我所有的 PHI-请注意，获取艾滋病病毒 (HIV)、精神疾病和药物滥用的信息也需勾选下列单独方框。

其他-详细说明限制或特定医疗事件： \_\_\_\_\_

通过勾选适当的类别并在此框中签名，我（患者）允许我的 HIPAA 代表获取其他健康信息：

**我知道，我医疗记录中可能包含与艾滋病病毒 (HIV) 和/或精神残疾和/或药物滥用和/或与诊断或治疗有关的信息，通过在此框中签名，我特别授权我的 HIPAA 代表获取与此相关的信息：**

**(必须在您希望 HIPAA 代表获取的每一类信息区域上用姓名首字母大写签名)**

酗酒、吸毒或药物滥用信息

艾滋病以及艾滋病病毒 (HIV) 相关的信息 (包括与艾滋病相关的检测与结果)

- 心理健康
- 性传播疾病信息
- 遗传信息
- 研究信息

根据纽约州和联邦法律，要求本记录必须保密。未经书面同意或授权，不得将此材料传送给任何人。

患者在此框中签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

1. 我知道，我可以随时致函以下地址通知健康信息管理部主任来撤销对 HIPAA 代表的指定：  
55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor, Rm 12G09, New York, NY 10041；但如果我撤销了此授权，此举不会对卓护医疗中心在收到撤销之前所采取的任何行动产生任何影响。
2. 我知道，我的治疗或治疗费用的支付不能以我是否签署本授权书为条件。
3. 我知道，根据本表披露的信息可能会再次披露给接收人，且不再受 HIPAA 保护。
4. 我知道，本授权书将：（必须勾选一项）
  - 自执行之日起一年后失效：或
  - 除非被撤销，否则对患者终生有效（见上文第 1 条）

患者签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

HIPAA 代表签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**(只有适当填写所有空白内容，本表才能生效)**

**\*您可拒签此表\***