

患者申请限制使用或披露受保护健康信息

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: _____

请勾选恰当的方框:

A. 我申请卓护医疗中心限制向**我的健保计划**使用或披露我的健康信息, 具体如下:
请说明您想要限制的信息, 包括服务的具体日期:

请注意: 这一限制仅适用于在提供服务时全额自费的项目或服务。

B. 我申请卓护医疗中心限制使用或披露我的健康信息,
具体如下: _____

我知道, 我的医疗记录中可能包含与敏感内容有关的信息。此类敏感信息受州和联邦法律保护。如果此类信息适用于您, **请勾选您希望进行限制的信息**。如果合适, 请提供日期。

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | _____ 酗酒、吸毒或药物滥用记录: | 日期: _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ 艾滋病、艾滋病毒 (HIV) 检测/结果: | 日期: _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ 心理健康记录: | 日期: _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ 性传播疾病记录: | 日期: _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ 遗传记录: | 日期: _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ 研究记录: | 日期: _____ |

列出您希望应用该限制的具体个人或实体:

姓名: _____	关系: _____
姓名: _____	关系: _____
姓名: _____	关系: _____

患者申请限制使用或披露受保护健康信息

通过签署这份授权表格限制使用或披露我的医疗信息，我知道：

- **对健保计划的限制**仅对全额支付的自费项目或服务有效。在提供服务时对于您已全额支付的服务，卓护医疗中心不会向健保计划提出索赔。我需要在就诊时通知患者服务代表 (PSR)，我希望限制向健保计划使用或披露我的信息、全额支付服务费用（“自费”）、填写上述“A”栏要求的信息并即时将其交还给 PSR。我知道卓护医疗中心只有在服务已全额支付的情况下才会批准对健保计划的限制申请。
- **对个人（家庭成员或其他人）或其他实体（不包括健保计划）的限制**需填写表格（如适用）。卓护医疗中心将对此类信息进行审查，以决定是否接受该申请，并在收到限制申请后 60 天内通知我。
- 我有权随时撤销或修改该限制。申请必须以书面形式提出，并提交给适用的卓护医疗中心的医疗办公室，或邮寄给健康信息管理部主任，地址如下：55 Water Street, 12th Floor Rm 12G09, New York, NY 10041.
- 此类限制不适用于在卓护医疗中心的治疗、支付或运营过程中已使用或披露过的信息，也不适用于在我之前的授权中填写本表格时指定的个人和/或实体。
- 除非另行撤销或修改，本限制将在以下日期/事件/条件下失效：
_____。如果我没有说明失效日期/事件/条件，本授权将在签署之日起 6 个月后失效。除非我撤销或修改该限制，否则对健保计划的限制不会失效。
- 我知道签署本授权书为自愿行为。不得以我是否签署本授权书为条件来决定治疗、付款、投保或享受福利的资格。

患者或授权代表的手写签名

日期

患者或授权代表的正楷姓名

与患者的关系或授权代表的权限

填好的表格可以在服务时直接交给 PSR，或邮寄到：

Privacy Officer, 55 Water Street, 12th Floor, Rm 12H92, New York, NY 10041

仅供卓护医疗中心使用

收件日期：（年/月/日）____/____/____

收件人（正楷）：_____

由医疗办公室扫描给健康信息管理部

对申请的处理：_____批准 _____拒绝（通知申请者）

拒绝理由：_____

如果拒绝申请，则通知申请人的时间为（年/月/日）____/____/____