

如果接受申请，卓护医疗中心应该向哪些实体提供有关申请修改的信息？

如果拒绝申请，卓护医疗中心应该向哪些实体提供有关申请修改的信息？

通过在下方签字，我申请卓护医疗中心按上述说明修改我的健康信息，并向上述实体提供要求修改的信息以及是否接受或拒绝申请。

患者或私人代表签名

日期

私人代表的正楷姓名

私人代表的权限说明

请将填好的表格寄给：

卓护医疗中心

隐私官

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） _____/_____/_____

对申请的处理： _____ 批准 _____ 拒绝 _____ 部分拒绝

以书面形式通知患者：（年/月/日） _____/_____/_____

处理此申请的健康信息管理部的工作人员姓名：
