



信息授权同意书

Alivio 医疗中心地点
申请的医疗纪录类型 _____

日期

医疗纪录编号 / 患者编号

患者信息

姓名

出生日期

电话

申请原因

- ↓ 个人副本留存
- ↓ 持续治疗所需文件
- ↓ 法律/保险用途

信息接收方 (信息发布给)

个人 / 机构 / 单位名称

地址

城市 / 州 / 邮递区号

电话

传真

信息提供方 (信息来源)

信息提供方 (信息来源)

地址

城市 / 州 / 邮递区号

电话

传真

申请授权的具体信息

接受服务的日

至

- ↓ 完整纪录
- ↓ 病史与体检报告
- ↓ 产前记录
- ↓ 检验室检查结果
- ↓ 影像学报告 (X光·超声波)
- ↓ 疫苗 / 接种记录
- ↓ 病程记录
- ↓ 其他 _____

申请授权的具体信息

请在申请项目旁签上姓名首字母, 您签名即表示授权 Alivio 医疗中心提供以下信息)

- ↓ 人类免疫缺陷病毒及性传染病状况·报告·相关信息 姓名首字母 _____
- ↓ 心理健康相关信息 姓名首字母 _____

我了解此授权为自愿性, 我可以选择签署本授权书·除非法律允许, 否则我拒绝签署不会影响我获得治疗·付款或福利资格的能力·我亦了解, 我所授权第三方接收的信息, 可能会被再次透露, 且将不再受联邦隐私法规保护。

我理解, 只要相关申请尚未被履行, 我可以随时以书面形式撤销本授权·若此授权是为了获得保险保障而签署的, 或根据其他法律规定, 保险公司仍有权依据保单条款对理赔或保单本身提出异议。

除非另有说明, 此同意书自签署之日起6个月后失效

(如适用) 指定失效日期 _____ / _____ / _____

授权信息的患者/个人资料

姓名

签名

见证人

与患者之关系

签署日期

见证日期

Alivio Medical Center

An Active Presence for a Strong Community

773.254.1400 | alivio.org