



★ 所有带星号的项目均为必填字段。

请勿用于 CATS 发布

A	★ 患者姓名 _____	医疗记录号码 _____		
	★ 患者出生日期 _____	社会保险号 (后 4 位) _____		
	★ 联系电话 _____	联系电子邮件 _____		
	★ 患者地址 _____			
	街道地址	市	州	邮政编码

B	★ 我授权 Inova (勾选一项):			
	<input type="checkbox"/> 将指示的信息发布给: (Release the information indicated to)			
	<input type="checkbox"/> 索取以下信息于: (Request the information indicated from)			
	} _____ 接收或披露信息的个人或实体的名称			
	街道地址	市	州	邮政编码
	电话# _____	传真# _____	电子邮件 _____	

C	★ 要发布/公开的信息:	(勾选所有适用):	<input type="checkbox"/> 历史&物理	<input type="checkbox"/> 精神科入院通知书
	机构: _____	<input type="checkbox"/> 账单信息	<input type="checkbox"/> 实验室报告	<input type="checkbox"/> 精神病学评估
	<input type="checkbox"/> 所有 Inova 机构	<input type="checkbox"/> 完成病历	<input type="checkbox"/> 药物清单	<input type="checkbox"/> 放射影像/ CD
	要求入院/治疗的日期: _____	<input type="checkbox"/> 磋商	<input type="checkbox"/> 执行报告	<input type="checkbox"/> 放射学报告
	<input type="checkbox"/> 出院摘要	<input type="checkbox"/> 病理报告	<input type="checkbox"/> 其他 (指定): _____	
	<input type="checkbox"/> EKG/EEG	<input type="checkbox"/> 医师命令		
	<input type="checkbox"/> 急诊室记录	<input type="checkbox"/> 进展说明		

D	★ 目的 (勾选所有适用):
	<input type="checkbox"/> 医疗跟进
	<input type="checkbox"/> 律师
	<input type="checkbox"/> 个人使用
	<input type="checkbox"/> 失能
	<input type="checkbox"/> 保险
	<input type="checkbox"/> 其他 _____

E	★ 通过 (提供一项) 提供记录:	
	<input type="checkbox"/> MyChart	<input type="checkbox"/> 电子邮件 - 已加密
	<input type="checkbox"/> 传真 (少于 25 页)	<input type="checkbox"/> 电子邮件 - 未加密
	<input type="checkbox"/> 电子媒体 (CD)	<input type="checkbox"/> 自取
	<input type="checkbox"/> 邮件 - 常规	
	<input type="checkbox"/> 邮件-加急。根据要求, 健康管理可以加快记录交付。您需要支付实际产生的费用。	
	<input type="checkbox"/> 亲自审查。您需要预约审核。	

F	我了解, 如果接收我的信息的个人或机构不是 HIPAA 隐私法规所涵盖的医疗保健提供者或健康计划, 则可能会重新披露上述信息, 并且不再受这些法规的保护。	
	我了解取消此授权需要书面通知。我知道我的取消对于已经参考此授权进行的披露将无效。	
	据我了解, 本披露可能会包含我的记录中的敏感信息, 这些信息不需要根据联邦或州法规进行单独授权。	
	我了解, 如果我不签署此表格, 仍会得到治疗。	
	★ 病人或授权代表 (签署) (Patient or Authorized Representative (signature))	★ 日期/时间 (授权将在签署之日起六个月后失效) (Date/Time (Authorization will expire six months after date signed))
	★ 病人或授权代表 (打印名) (Patient or Authorized Representative (print name))	★ 与患者的关系 (指定, 或选中“自我”复选框) (Relationship to Patient (specify, or check box if "self"))
		<input type="checkbox"/> 自己

译员信息 (由 Inova 员工完成, 如果适用):
Interpreter Information (To be completed by Inova staff, if applicable):
 In person Telephonic Video Interpreter name/ID number (if applicable) _____
 Patient/Designated Decision Maker was offered and refused interpreter Waiver signed

PATIENT IDENTIFICATION

If label is not available, please complete:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Medical Record # _____

Gender: Male Female

Inova

授权请求/披露受保护的健康信息

Authorization to Request/Disclose Protected Health Information
SIMPLIFIED MANDARIN

