



## MEMORIAL HOME HOSPICE

### HIPAA 授权使用和披露健康信息

#### 发布以下人员的个人健康信息：

患者姓名：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_  
地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

发布至：接收方：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_  
地址：\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_

发布方：发布实体：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

本披露的目的是： ☐ 应个人要求 ☐ 其他：\_\_\_\_\_  
本授权涵盖的患者护理日期为：\_\_\_\_\_

#### 发布以下信息：

- |                                                 |                                 |                               |                                  |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 出院小结                   | <input type="checkbox"/> 病理报告   | <input type="checkbox"/> 急诊记录 | <input type="checkbox"/> 病史和身体检查 |
| <input type="checkbox"/> 放射学报告                  | <input type="checkbox"/> 分项明细帐单 | <input type="checkbox"/> 咨询   | <input type="checkbox"/> 实验室报告   |
| <input type="checkbox"/> 手术报告                   | <input type="checkbox"/> 心脏病学报告 | <input type="checkbox"/> 病程记录 | <input type="checkbox"/> 治疗计划    |
| <input type="checkbox"/> 其他规定的记录：_____          |                                 |                               |                                  |
| <input type="checkbox"/> 完整的医疗记录（涉及高度机密信息的记录除外） |                                 |                               |                                  |

#### 高度机密信息的发布：

通过选中下面所列高度机密信息类别旁边的复选框，我特别授权使用和/或披露复选框旁边指示的高度机密信息类别：  
(请选中所有适用项 — 未选中相应复选框可能不会出于任何目的披露相应类别的信息。)

- |                                       |                                                 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精神疾病或发育障碍    | <input type="checkbox"/> 虐待有障碍的成年人              |
| <input type="checkbox"/> 性传播疾病 (STD)  | <input type="checkbox"/> 基因检测                   |
| <input type="checkbox"/> 性侵犯          | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 检测或治疗（包括命令、执行 |
| <input type="checkbox"/> 物质（即酒精或药物）使用 | 或报告 HIV 检测的事实，无论                                |
| <input type="checkbox"/> 虐待和忽视儿童      | 此类测试的结果是阳性还是阴性）                                 |

#### 本授权将在以下日期持续生效：

- ☐ 从本授权签署之日起至：\_\_\_\_\_
- ☐ 直至发布实体履行请求或自本授权书签署之日起 120 天，以较早者为准。

#### 本人理解：

- 根据授权披露的信息可能会被接收方重新披露，并且可能不再受到适用的联邦和伊利诺伊州法律保护。
- 我可以出于任何原因拒绝签署本授权，并且发布实体不得以我是否签署本授权为条件提供治疗，除非我接受的治疗与研究相关，或者我接受医疗保健的目的仅是为了创建受保护的健康信息以披露给本授权中确定的接收方。
- 我有权随时以书面形式撤销此授权。撤销将立即生效，但发布实体在收到书面撤销通知之前已依赖本授权采取的行动不受影响。
- 我可以拨打 217-788-4663 联系 Memorial Home Hospice，或通过如下方式联系 Memorial Health (MH) 隐私办公室：邮寄信件至 MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001；拨打电话 217-757-7753 或合规和隐私警报热线 800-541-9331；或发送电子邮件至 ROIGeneral@mhsil.com。

我已阅读并理解本授权的条款，并且特此在知情的情况下自愿授权上述发布实体以上述方式使用或披露我的健康信息。

患者或法律代表的签名 \_\_\_\_\_ 日期/时间 \_\_\_\_\_

如果由法律代表签署，其与患者的关系： \_\_\_\_\_

## HIPAA 授权使用和披露健康信息

本人理解，一旦发布实体向接收方披露本人的健康信息，发布方无法保证接收方不会重新向第三方披露本人的健康信息。第三方可能不需要遵守本授权或适用的联邦和伊利诺伊州法律来管理我健康信息的使用和披露。

本人理解，发布实体可能会直接或间接地从第三方获得与使用或披露我的健康信息有关的报酬。

本人理解，根据联邦和伊利诺伊州保护健康信息隐私的法律，在有限的情况下，发布实体可能会拒绝此请求。本人进一步理解，除非适用法律另有许可，否则我有权要求由发布实体选择的持照医疗从业者审查本人请求被拒绝的情况，并且此从业者没有参与发布实体拒绝我请求的决定。

本人理解，我可以随时向发布实体提出书面请求以检查和/或获取我的健康信息副本，并且发布实体将在收到此类书面请求后三十 (30) 天内，授予请求并联系我安排方便的时间检查和/或复制我的健康信息，或者向我提供拒绝请求的书面文件，其中说明拒绝的依据、我的审查权（如果有），以及关于我如何以及向谁登记有关拒绝的投诉的说明。

本人理解，我可以出于任何原因拒绝签署或（随时）撤销本授权，并且此类拒绝或撤销不会影响我在 Memorial Health 所接受治疗的开始、继续或质量；但是，如果我在 Memorial Health 接受治疗的唯一目的是创建健康信息以向本授权中指定的接收方披露，在此情况下，如果我未签署本授权，Memorial Health 可能会拒绝向我提供治疗。

本人理解，在本授权期限届满或我向发布实体的记录发布部门提供书面撤销通知之前，本授权将持续生效。撤销将在发布实体收到我的书面通知后立即生效，但其不会对发布实体在收到本人书面撤销通知之前依赖本授权采取的任何行动产生任何影响。

我可以拨打 217-788-4663 联系 Memorial Home Hospice，或通过如下方式联系 MH 隐私办公室：邮寄信件至 MH Privacy Officer, 701 N. First St., Springfield, Illinois 62781-0001；拨打电话 217-757-7753 或合规和隐私警报热线 800-541-9331；或发送电子邮件至 [ROIGeneral@mhsil.com](mailto:ROIGeneral@mhsil.com)。