New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai

The New York Eye and Ear Infirmary
310 East 14th Street
New York, NY 10003-4294
Tel: 212 979 4000
TTY: 212 979 4358

公開資訊授權書

我們理解，有關您和您健康的資訊屬於隱私，我們承諾對該資訊保密。基於此承諾，我們必須獲得您的特別授權，才能出於下述目的而使用或揭露您的受保護健康資訊。本授權書提供該授權，並可協助我們確保您完全知悉有關使用或揭露此資訊的方式。在簽署本授權書前，請詳細閱讀下述資訊。請勿簽署空白的授權書。

特別事項

- 透過簽署本授權書，您授權使用或揭露您的受保護健康資訊。如果法律不要求本授權書所述之接受者對資訊保密，此資訊就有可能被再次揭露。
- 如果您授權可公開 HIV 相關資訊、精神病和／或戒酒或戒毒治療等資訊，您應當明白除非聯邦或州法律允許，否則接受者若未獲得您的授權將不得再次揭露其中任何資訊。您還有權索取可能未經授權而獲得或使用此特定資訊者的名單。如果您由於 HIV 相關資訊的公開或揭露而受到歧視，請致電 (212) 870-8624 與紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 聯絡，或致電 (212) 566-5493 與紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights) 聯絡。這些機構負責保護您的權益。
- 除了 1996 年的健康與保險便利與責任法案 (HIPAA) 之外，心理健康資訊的公開將遵循紐約心理衛生法案第 33.13 和 33.16 款，酒精與物質濫用資訊的公開將遵循聯邦法典第 42 章第 2 部分、聯邦法典第 45 章第 160 和 164 部分和紐約保密法案。

您的權利有：

- 您可以拒絕簽署本授權書。如果您不簽署本授權書，您的健康照護、您的健康照護支付和您的健康照護福利都不會受到影響。
- 您可以依據醫院的規定，要求查看和複製本授權書所述之資訊。
- 如果您簽署本授權書，您有權在任何時候撤銷它，但醫院已經依據您的授權而採取的行為除外。如需撤銷本授權書，請致函：Privacy Officer / The New York Eye and Ear Infirmary, 310 East 14 Street, New York, New York 10003。

患者姓名：_____ **醫療記錄編號** _____
姓氏 名字

地址： _____
街道 公寓號碼

_____
城市 州 郵遞區號

電話號碼 _____ **社會安全號碼：**_____ **出生日期：** _____

==========

我在此授權New York Eye and Ear Infirmary 醫療記錄部將我的健康資訊複本揭露給：

姓名： _____

地址： _____

_____

電話號碼：_____ 傳真號碼： _____

請公開下述特定資訊（填妥一項）：

有關治療下述醫療情況的記錄： _____

_____ 日期： _____

只包括下述記錄：由 _____ 至 _____ 摘要 _____

化驗 _____ 日期 _____

X 光 _____ 日期 _____

其他 _____ 日期 _____

使用或揭露此資訊的目的是 _____

如果索取的記錄包含有關*精神病*、*戒毒或戒酒治療*的資訊，或包含 *HIV相關資訊*，<u>您就必須透過在下述一項或兩項中簽署姓名起首字母以特別表示同意公開此類資訊：</u>

____ 我理解，如果我的記錄包含有關精神病、戒毒或戒酒治療的資訊，將依據本同意書來公開此類資訊

____ 我理解，如果我的記錄包含保密的 HIV 資訊，將依據本同意書來公開此類資訊。保密的 HIV 相關資訊是表明一個人曾經進行 HIV 相關測試，或罹患 HIV 相關疾病或愛滋病的資訊，或可以表明一個人可能曾接觸 HIV 的任何資訊

除非特別指明，本授權書的有效期限為自患者或患者代表簽署後 1 年： _____

終止日期或造成終止的事件

依據紐約州法律，我們爲滿足您提出的申請而使用的影印、郵寄或其他耗材，醫院將因此得到償付。

我已經閱讀了本授權書，且我對本授權書的所有問題都得到了回答。透過在下方簽名，我承認我已經閱讀且接受所有上述內容。

_____ _____

患者或個人代表的簽名 **日期**

_____ _____

患者或個人代表的正楷姓名 **個人代表授權的說明**

提供的身份證明：_____ 接受者：_____ 提供的複本： 是 否