

授权公开医疗记录 (也称为受保护的健康信息)

患者姓名: _____ D产科: _____ 电话: _____

我授权美好的一面披露我的信息拨号记录, 其中可能包括, 但不限于, 有关精神科诊断的信息这是s, 治疗和/或给指定的人开处方药物 通过以下媒介列出的个人或实体(选择一项):

电子邮件 传真

姓名: _____

电话: _____ 传真: _____

电子邮件: _____ 抄送: _____

我了解我的病历可能包含但不限于: 我的病史摘要; 治疗时间和日期; 有关我的家庭和与我的治疗相关的社会经历的信息; 临床测试结果; 处方药; 诊断和症状总结; 以及治疗笔记。 如果我想要修改我的记录中的某些内容, 我应该联系 Brightside 的会员服务团队。

我了解我的健康记录可能包括与性传播疾病、获得性免疫缺陷综合症 (AIDS)、人类免疫缺陷病毒 (HIV) 或基因检测相关的信息。

是的, 我同意发布此信息。 不, 请在披露之前从我的记录中删除此信息。

我了解我的健康记录可能包含与物质使用和/或滥用(例如毒品和酒精)相关的信息。

是的, 我同意发布此信息。 不, 请在披露之前从我的记录中删除此信息。

本次发布信息的目的/原因如下:

(简要描述, 简介)

1. 我了解, 除非撤回, 本授权将在签字之日起 180 天后失效。该表格的复印件将被视为与原件一样有效。
2. 我了解, 我可以随时书面通知 Brightside 撤销本授权, 并且本授权将于通知之日起不再有效, 除非已依据本授权采取了行动。
3. 我了解根据本授权使用或披露的信息可能会被接收者重新披露, 并且不再受联邦隐私法规的保护。然而, 其他州或联邦法律可能禁止接收者披露受特殊保护的信息, 例如药物滥用治疗信息和/或心理健康信息。
4. 我了解, 我拒绝签署本授权书不会损害我当前或将来获得精神障碍治疗的权利, 除非治疗需要披露信息。
5. 如果我不签署此表格, 我在 Brightside 的医疗保健和医疗保健付款不会受到影响。
6. 我了解签署后我可以索取此表格的副本。
7. 我承认 Brightside 可能会在履行此授权书之前要求验证我的身份, 并且未能及时遵守身份验证要求将导致处理此授权书的延迟。
8. 我承认, Brightside 对因我在填写本表格时提供的任何错误信息而导致的记录不当披露不承担任何责任。
9. 我了解我的健康记录可能包含只有合格的医生才能解释的报告、诊断、注释和其他信息。我了解并被建议, 如果对我的健康记录中的条目有疑问, 我应该联系我的 Brightside 提供商, 以防止我误解这些条目中包含的信息。对于因未向我的提供者咨询正确的解释而导致对我的病历中信息的任何误解, 我不会要求 Brightside、其提供者、员工或同事承担责任。

签名:

通过选中此框并在下面输入我的名字, 我将以电子方式签署此版本。

患者或法定监护人签名

日期

与患者的关系(如果是法定监护人)