

授權公開醫療記錄 (也稱為受保護的健康資訊)

病患姓名: _____ D產科: _____ 電話: _____

我授權美好的一面 揭露我的信息撥接記錄, 其中可能包括, 但不限於, 有關精神科診斷的信息這是s, 治療和/或給指定的人開處方藥物 透過以下媒介列出的個人或實體(選擇一項):

電子郵件 傳真

姓名: _____

電話: _____ 傳真: _____

電子郵件: _____ 抄送: _____

我了解我的病歷可能包含但不限於: 我的病史摘要; 治療時間和日期; 有關我的家庭和與我的治療相關的社會經驗的資訊; 臨床測試結果; 處方藥; 診斷和症狀總結; 以及治療筆記。 如果我想要修改我的記錄中的某些內容, 我應該聯絡 Brightside 的會員服務團隊。

我了解我的健康記錄可能包括與性傳染病、後天免疫缺乏症候群 (AIDS)、人類免疫缺乏病毒 (HIV) 或基因檢測相關的資訊。

是的, 我同意發布此資訊。 不, 請在披露之前從我的記錄中刪除此資訊。

我了解我的健康記錄可能包含與物質使用和/或濫用(例如藥物和酒精)相關的資訊。

是的, 我同意發布此資訊。 不, 請在披露之前從我的記錄中刪除此資訊。

本次發布資訊的目的/原因如下:

(簡述,簡介)

1. 我了解, 除非撤回, 本授權將在簽署之日起 180 天後失效。該表格的複印件將被視為與原件一樣有效。
2. 我了解, 我可以隨時書面通知 Brightside 撤銷本授權, 並且本授權將於通知之日起不再有效, 除非已依據本授權採取了行動。
3. 我了解根據本授權使用或揭露的資訊可能會被接收者重新揭露, 並且不再受聯邦隱私法規的保護。然而, 其他州或聯邦法律可能禁止接收者披露受特殊保護的訊息, 例如藥物濫用治療資訊和/或心理健康資訊。
4. 我了解, 我拒絕簽署本授權書不會損害我目前或將來獲得精神障礙治療的權利, 除非治療需要披露資訊。
5. 如果我不簽署此表格, 我在 Brightside 的醫療保健和醫療保健付款不會受到影響。
6. 我了解簽署後我可以索取此表格的副本。
7. 我承認 Brightside 可能會在履行此授權書之前要求驗證我的身份, 並且未能及時遵守身份驗證要求將導致處理此授權書的延遲。
8. 我承認, Brightside 對因我在填寫本表格時提供的任何錯誤資訊而導致的記錄不當披露不承擔任何責任。
9. 我了解我的健康記錄可能包含只有合格的醫生才能解釋的報告、診斷、註釋和其他資訊。我了解並被建議, 如果對我的健康記錄中的條目有疑問, 我應該聯繫我的 Brightside 提供者, 以防止我誤解這些條目中包含的資訊。對於因未向我的提供者諮詢正確的解釋而導致對我的病歷中資訊的任何誤解, 我不會要求 Brightside、其提供者、員工或同事承擔責任。

簽名:

透過選取此方塊並在下面輸入我的名字, 我將以電子方式簽署此版本。

患者或法定監護人簽名

日期

與病患的關係(如果是法定監護人)