



健康信息交换授权书

(HEALTH INFORMATION EXCHANGE AUTHORIZATION – CHINESE)

上述 Hoag 医院及其附属机构参与了名为“Care Everywhere”的健康信息交换项目。“Care Everywhere”项目旨在通过向您的医疗服务人员提供有关您当前和过去健康状况的信息，来提高您所获得的医疗服务的协调程度和质量。以便于医疗服务人员能够提供更好的护理服务，并有助于减少医疗失误和避免重复检查。

填写并签署本授权书即意味着本人授权上述 Hoag 医院及其附属机构出于本授权书之目的向指定对象公开本人的健康信息。

患者信息：

姓名：_____ 出生日期：_____

公开目的和公开对象：签署本授权书即意味着本人授权本人的护理团队的成员（无论是曾经、现在或未来的成员）可通过“Care Everywhere”项目公开本人的健康信息，以便本人的护理团队成员能够向本人提供医疗护理和治疗。“治疗”一词包括与本人的护理团队的一名或多名成员提供或配合提供医疗保健和相关服务有关的活动，包括就本人可能接受护理的任何情况进行转诊或咨询。

需要公开的信息：自接受治疗或服务日期起上述 Hoag 医院及其附属机构保留的关于本人的所有信息，包括但不限于交流信息、就诊记录、出院小结、护理计划、化验、手术或病理结果、过敏、药物治疗、问题单、免疫接种和程序。这将包括对本人而言可能是特别敏感的信息，包括精神健康信息、艾滋病检测结果和信息、遗传信息和性病治疗信息。

本人理解并同意：

- 此授权完全是自愿行为。如果不签署本授权书，本人在上述 Hoag 医院及其附属机构获得治疗、缴费、注册或享受福利的资格并不会受到影响。但是，本人明白，若适用法律未要求获得本人授权，那本人拒绝签署本授权书的行为不会影响上述 Hoag 医院及其附属机构通过“Care Everywhere”项目公开本人信息的资格。
- 本人可随时向本人最初签署授权书的 Hoag 医院所在地提交书面请求，以撤销或取消本授权，但其他人已依据本授权行事的情况除外。本人明白，即使本人撤销了授权，但是获取本人信息的医疗服务人员可能已经将本人的健康信息纳入他们的记录中，而且不需要把本人的健康信息从他们的记录中删除。
- 因本授权书而使用或公开的信息可能会被公开对象再次公开，并可能不再受适用的隐私法保护。
- 本授权书将在上述 Hoag 医院及其附属机构不再参与“Care Everywhere”项目时或在本人书面撤销时失效，以先发生者为准。
- 本人有权收到本授权书的副本。

患者/法定代表人签字：_____ 日期：_____ 时间：_____

如果签字人不是患者本人，请注明其与患者之间的关系：_____

打印姓名（法定代表人）：_____

工作人员签字 (Staff Signature): _____ 日期：_____ 时间：_____

HIE AUTHORIZATION FORM

Form# 8034-C

Rev 12/01/21

PATIENT LABEL



[0002]