



# South Cove Community Health Center

## Request to Disclose Health Record Information

**表格說明:** 填寫、簽署 (不接受電子簽署) 此表格並寄回至: 傳真: 617-457-6600, 電子郵件: [medical.records@scchc.org](mailto:medical.records@scchc.org), 或郵寄到: South Cove CHC – Medical Records, 145 South Street, Boston MA 02111. 如需要收費, 我們會通知您。

(1) 病人姓名 (名, 姓氏)	出生日期:
地址:	電子郵件:
城市/州/郵政編號	電話號碼:

(2) <b>信息披露:</b> <input type="checkbox"/> 最近兩年                      或 <input type="checkbox"/> 指定日期: ____/____/____ 到 ____/____/____                      或 <input type="checkbox"/> 全部記錄
<b>如不是全部記錄, 請選擇以下披露內容:</b> <input type="checkbox"/> 病程記錄 <input type="checkbox"/> 疫苗記錄 <input type="checkbox"/> 藥物記錄 <input type="checkbox"/> 最近的體檢報告 <input type="checkbox"/> 化驗報告 <input type="checkbox"/> 其他: _____
(3) <b>特別記錄:</b> 本人要求以下所選的信息 <b>不包括</b> 在此 <u>愛滋病/病毒檢測</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>性傳播報告</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>精神科護理/治療</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>基因測試</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>酒精和藥物濫用</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>人工流產</u> <input type="checkbox"/> 不要披露 <u>不孕不育檢測</u> <input type="checkbox"/> 不要披露

(4) <b>信息披露予 (姓名或機構):</b>	關係:
地址:	電子郵件:
城市/州/郵政編號	電話號碼:

(5) <b>所請求的信息目的/用途:</b> <input type="checkbox"/> 個人目的 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 更換醫生/護理 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 法律規定 <input type="checkbox"/> 其他: _____	傳真號碼:
---	-------

(6) <b>傳遞方式:</b> <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 傳真(僅緊急護理)	<input type="checkbox"/> 口述/電話 <input type="checkbox"/> 自取 地點: _____	<b>媒體類型:</b> <input type="checkbox"/> 紙質版 <input type="checkbox"/> CD/USB
--	---	--

1. 我了解華人醫務中心可能會收取披露我的健康資訊記錄相關的費用。
2. 我了解我有權隨時撤銷此授權, 如果我撤銷此授權, 我必須以書面形式提出, 並出示我的證明給上述地址的醫療保健提供者。我了解撤銷不適用於已根據此授權發布的信息。我了解當法律給我的保險公司權利去對我的保單項下的索賠提出異議時, 這撤銷將不適用於我的保險公司。
3. 該授權將在簽署之日起**六個月後**自動失效或依指定日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_。
4. 我了解上述信息一旦披露, 收件人可能會再次披露, 且該信息可能不受聯邦私隱法律或法規保護。
5. 我了解授權披露上述資訊是自願的。我無需簽署此表格去確保醫療保健治療。

(7) 病人或法定受託人簽署	正楷姓名	日期
法定受託人與病人關係	如非病人簽署, 請列明原因及提供法律證明文件	

<b>SCCHC Use Only</b>	<b>Charges (If applicable)</b>
Base Fee: \$25                      CD/USB Media Fee: \$6.50	Total Fee: \$_____
Copying Fee (Total Pages ____): (50 cents/first 100 pages/25 cents/each additional)	
Make checks payable to: South Cove Community Health Center	
Information was disclosed on: ____/____/____ by (Staff Name)	
If personally disclosed: Type of Photo ID: _____ ID #: _____ Signature: _____	