Public Health
MADISON & DANE COUNTY
Healthy people. Healthy places.

麦迪逊和戴恩郡公共卫生局
授权披露和/或获取健康信息

1. 客户/病人信息

个人姓名/曾用名 _____ 出生日期（月/日/年） _____ (____)_____ 电话

街道地址或邮政信箱 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮递区号 _____

2. 我授权麦迪逊和戴恩郡公共卫生局（PHMDC）向下列 医务提供者，代理，机构或个人披露或获取健康信息和医疗记录：

医务提供者，代理，机构或个人姓名 _____ 委托人/病人的医生身份号 ID#（可选） _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮递区号 _____ (____)_____ 电话

3. 我授权上述医务提供者，代理，机构或个人，其中包括我的主治医生和他们的医务人员与 PHMDC(或 PHMDC 其他代表,尤其是我的公共卫生护士： "公共卫生护士姓名和电话号")之间就我的护理和治疗方面的相关医疗信息进行口头交流。

公共卫生护士姓名和电话号 _____

4. 需要公布/获取/口头交流的医疗信息或具体健康问题：

_____

_____

5. 本份授权的例外情况包括（请说明记录或信息）： _____

6. 披露医疗信息的目的：（勾选所有适用的答案）

☐ 推荐 ☐ 进一步就医治疗 ☐ 残疾合格评判 ☐ 法律调查 ☐ 其它 _____

7. 披露信息需要特别同意：以下我的签名特意授权公布下面勾选的项目相关的检测，诊断和治疗：

☐ 心理健康 ☐ 发育障碍 ☐ 酒精和/或药物滥用 ☐ 人体免疫缺损病毒和爱滋病

8. 有效日期：本份授权有效期为一年，除非另有说明，而且，只要同类治疗和服务发生在本份授权有效期间，签字日期和备选日期之后所产生的将来医疗记录均可使用本份授权。

备选日期/事件（如果不是一年）：_____ 或 _____

日期（xx 月 xx 日 xxxx 年） 事件

9. 本份授权用于纸张记录吗？ ☐ 是 ☐ 否

10. 向 PHMDC 公布纸张医疗记录，传真/发送至：（请勾选以下地点）

☐ 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507
Madison, WI 53703-3346
传真：(608) 266-4858

☐ 2705 E. Washington Ave.
Madison, WI 53704
传真：(608) 266-4858

☐ 2300 S. Park St., Rm. 2010
Madison, WI 53713
传真：(608) 266-4858

客户/病人 签名 _____ 日期（xx 月 xx 日 xxxx 年） _____

未成年人的父母、监护人或授权代理人签名。 _____ 日期（xx 月 xx 日 xxxx 年） _____

请说明您获得的授权：_____

*如果作为未成年人的父母签名，我特此声明，本人未曾被剥夺实际抚养该名子女的权利，也没有被禁止接触该名子女的记录。如果是监护人，请提供一份有效的监护证书。如果根据授权委托书作为代理人签名，请提供授权委托书和无能力声明的副本。

参考资料：WI 法规 146.82, 51.30, 252.15 及 HIPAA 要求 42 CFR 第 2 和 45 节 CFR 第 164 节。

使用及披露受保护健康资料的其他相关信息

HIPPA 隐私权条例规定麦迪逊和戴恩郡卫生局 (PHMDC) 确保为你受保护的健康信息保密，未经本人同意和授权不得披露或被任何一方使用，除非法律特别允许。

没有签名义务：您没有义务一定要签署本份授权书，完全可以拒绝签名。除非适当治疗需要有要求提供的资料，否则 PHMDC 不会因为您拒绝签署本份授权书，就拒绝向您提供治疗或其他保健服务。

撤销授权：在授权到期之前，您有权随时书面撤销此份授权。但是，您的书面撤销要求不会影响撤销之前已经根据本份授权向本授权书背面列出的个人、机构或组织披露您的医疗信息。

审查和复印的权利：您有权审查和接受由我们保存所指定的您的医疗信息的复印件，其中包括电子邮件。为了进一步治疗 您要求披露医疗信息，不收取费用；如作其他用途 则收取合理的复印费和邮寄费。

到期日：此授权书到期日是本表上指明的日期。

信息的再次披露：根据本份授权书的规定, 那些索取本信息的单位由于法律不要求他们为此类信息保密，披露给他们的医疗信息不再受联邦隐私法保护。

拒绝签名的后果：我们不会因为您拒绝签署本份授权书而否决向您提供服务，但是不能获取您相关的健康信息，我们对您的服务也会受到限制。

签名：如果您年满 18 岁或大于 18 岁，您是唯一能签署本表的人，授权公布或披露您的医疗资料。如果您未满 18 岁，您的父母或监护人必须代您签名。但是，在很多情况下这个常用规则并不适用，如需了解何人有权签署本份授权书，请联系 PHMDC 隐私权办公室，电话号码是 608-266-4821。

获得副本的权利：您有权在签署本份授权书后得到一份副本。。

联系我们：如需了解更多 HIPAA 隐私权规定和其它联邦及州政府的法律中您的权利有关信息，获取一份 PHMDC 隐私权惯例的通知，撤销一份授权书，或登记一个投诉，请联系 PHMDC 隐私权官员，联系信息如下：

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
210 MLK Blvd., Room 507
Madison WI 53703
Phone: (608) 266-4821; Fax: (608) 266-4858; E-mail at health@publichealthmdc.com

You may contact the PHMDC Privacy Officer for a copy of our Notice of Privacy Practices or visit our website at http://www.publichealthmdc.com/about for a copy.