

授權使用與披露受保護的健康資訊 (PHI) 之指示

1. 完成此表單上的所有部分。不接受未完成的表單。
 2. 列出向您提供記錄的提供者/實體並按下表的說明提交。
 3. 如果要加入酒精/藥物治療、心理健康治療、基因資訊或保密 HIV 相關資訊，則在第一項下各個相關類型旁簽署姓名首字母。
 - 酒精或藥物治療資訊是指來自酒精/藥物治療計畫的任何資訊。
 - 心理健康治療資訊是指可識別受紐約州法律保護的心理健康患者身分的臨床記錄或臨床資訊。
 - 保密 HIV 相關資訊是指顯示您曾有 HIV 相關檢測、感染或疾病（包括 AIDS），或曾接觸 HIV 的資訊。這包括陰性結果。
 - 基因資訊是指診斷是否存在與基因疾病或殘障相關的遺傳變異傾向的實驗室測試，包括 DNA 圖譜分析。
- 完成請求之前會提供費用估計（如果有）。

場所	地址	電話號碼
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department 親自到場：550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 郵寄：One Park Avenue, 3 rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department 親自到場：380 2 nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 郵寄：301 E 17 th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department 親自到場：Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 郵寄：200 Old Country Road, Suite SW 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515，選項 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34 th Street NY, NY 10016	212-731-6180
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6 th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital-Brooklyn	NYU Langone Hospital-Brooklyn HIM Department 150 55 th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	直接前往個別辦公室	直接聯絡個別辦公室
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nulangone.org	直接聯絡個別辦公室
NYU Langone Hospital - Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital - Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	Attn:Practice Manager 215 54 th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Radiology Films/Images (放射科膠片/影像)	Tisch：560 1 st Ave, 2 nd Floor, NY, NY 10006 骨科醫院：301 East 17 th St, Suite 600/6 th Floor, NY, NY 10003 FGP 放射科：NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4 th Floor, NY, NY 10016 所有其他地點：直接前往影像研究的地點	Tisch：212-263-5227 骨科：212-598-6373 FGP：212-263-7108 其他：直接聯絡個別辦公室
Long Island Community Hospital (LICH)	Long Island Community Hospital - HIM Department 101 Hospital Road, Patchogue, NY 11772	631-654-7710

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

授權使用與披露受保護的健康資訊 (PHI)

患者姓名	患者出生日期	電話號碼
患者住址		

我，或我的授權代表，要求根據此表單的說明披露與我的護理和治療相關的健康資訊。我理解：

1. 除非我提供明確許可，否則不得共享有關**酒精/藥物治療、心理健康治療、基因檢測**的資訊，和/或**HIV* 相關保密資訊**。在下方簽署我的姓名首字母縮寫，即表示我特別授權將此類資訊披露給此表單上指示的人員。

	酒精或藥物治療資訊（酒精/藥物治療計畫的記錄）
	心理健康治療資訊（需要額外授權的心理療法註釋除外）
	基因檢測資訊
	HIV/AIDS 相關資訊（如應法律要求披露，須於披露此類資訊時註明禁止再披露的相關聲明）

2. 除上面列出的特殊類型資訊外，因為此授權而共享的資訊可由被接收者再次共享，且不再受聯邦或州法律的保護。除非聯邦或州法律允許，否則即使我授權共享 HIV 相關資訊，接收者也不能在未獲得我許可的情況下共享此類資訊。我可以要求取得在沒有授權的情況下得以接收或使用我的 HIV 相關資訊的人員名單。如果我因 HIV 相關資訊遭公佈或披露而受到歧視，我可以透過 (212) 480-2493 聯絡紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 或透過 (212) 306-7450 聯絡紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights)。以上機構負責保障我的權利。
3. 我可書面通知接收我提交表單的提供者/實體撤銷此授權（依據說明頁中的地址）。此撤銷將生效，但是 NYU Langone Health 和/或 Long Island Community Hospital（「LICH」）已據此授權所行之事不受限制。
4. 簽署此授權書是自願的。除部分特殊限制情況下，NYU Langone Health 或 LICH 不得以我是否簽署此授權書作為獲得治療、付款、投保健康計畫的條件，或是作為獲得福利的資格。
5. 如果我索取放射科膠片原件，我理解 NYU Langone Health 不會保留任何此膠片（類比）複本。我免除 NYU Langone Health 因維護我的影像記錄而承擔的所有責任。

您想要對其披露資訊之提供者/實體的名稱和地址（見說明頁）：

--

NYU Langone Health
NYU Langone Hospitals
Family Health Centers @NYU Langone
NYU Grossman School of Medicine
Long Island Community Hospital @NYU Langone Health

資訊披露的目的：

- 應我要求 持續護理
- 其他（請說明，包括是否為政府福利或計畫所需）：_____

接收此資訊的人士：

- 自己 其他人（姓名；收取資訊時所需的身分證件）：_____

表單/格式（可能需收取費用；披露前會提供預估費用）：

- 紙本郵寄至：_____
- 收取，紙本 MyChart（60 天內可供下載）
- 傳真（號碼）：_____ CD/DVD USB
- 安全電子郵件（30 天內可供存取/下載）：_____
- 其他：_____

要披露的資訊說明：

- 上述提供者/實體提供的完整醫療記錄
- 與以下日期相關的記錄：_____
- 放射科報告（列出檢查類型和日期）：_____
- 放射科膠片/影像（列出檢查類型和日期）：_____
- 與以下日期相關資訊的摘要（總結）：_____
- 由非 NYU Langone Health 提供者傳送到上述提供者/實體，並由 NYU Langone Health 保存以在我的護理中使用的記錄
- 其他（例如帳單記錄；知情同意書）：_____

除非此處另有說明（具體事件或日期），否則授權將於簽名日期起一 (1) 年後終止：

我的所有問題（如有）均已得到回答。此外，如果 NYU Langone Health 和/或 LICH 要求我填寫此表單，我已獲得此表單的複本。

簽名：_____ 日期：_____ 時間：上午/下午 _____ (患者或獲授權簽名的人員) 如果同意授權者非患者本人，請正楷書寫姓名並註明簽名授權類型。 如院方提出要求，應提供證明文件。
姓名/授權：_____

*導致 AIDS 的人類免疫缺乏病毒。《紐約州公共衛生法》(New York State Public Health Law) 保護可合理識別有 HIV 癥狀或感染的人的資訊以及與此人相關的聯絡資訊。

僅限辦公室使用：MRN：_____ 已收到：_____/_____/_____ 姓名首字母縮寫：_____