



受保护的健康信息 (PHI) 披露授权

填写此表格即表示您授予 ODS 社区牙科使用和共享您 PHI 的权利。
请用黑色或蓝色墨水清晰打印并按照背面的说明将此表格退还给我们。

第 1 节: 会员 (患者) 信息

姓名	出生日期 (月/日/年)	身份证号
----	--------------	------

第 2 节: 授权

我理解通过我的会员服务, ODS 社区牙科拥有关于我的 PHI。
我授予 ODS 社区牙科使用并与以下方共享我的信息的权利:

姓名	关系		
地址	城市	州	邮政编码

出于以下原因 (请选择一个):

- 讨论与我的健康保险、治疗和付款相关的所有信息。
- 其他 (请注明原因): _____

我的 PHI 包括:

- 病历
- 账单
- 影像报告
- 实验室报告
- 牙科病历
- 物理治疗记录
- 医院记录 (包括护理记录和病程记录) 以及
- 与本授权目的相关的任何个人或医疗信息。

将仅出于上述原因使用有关您 PHI 的所需详细信息。

如果您的 PHI 包含以下选中的任何信息, 则其他法律可能适用。
我理解并同意, 仅在我选中以下任何框时, 我的 PHI 才会被共享:

- HIV/AIDS 检测或结果信息及相关记录
- 基因测试信息
- 药物/酒精诊断、治疗或转诊信息
- 精神健康信息
- 生殖健康

我理解我的 PHI 可能被再次共享且不再受联邦法律保护。但联邦或州法律可能限制再次共享有关以上选中的信息的检测或结果。

除非被移除, 否则本授权的效力将一直持续到以下 (选择一项):

日期: _____ / _____ / _____ (自签字之日起不超过 24 个月) *

事件: _____

(该事件将被限制为最长 24 个月。列出例如“死亡”、“保单终止”或“直到撤销”等事件为无效事件的示例, 这些事件将导致本授权返回为无效)。

*如果未提交日期 (留空), 则本授权将被限制为自签字之日起 24 个月。

通过在以下签字, 我同意我已查看并理解本授权

个人签名 X	签名日期
-----------	------

或

个人代表的签名 X	签名日期
代表的印刷体姓名	关系**

**如果您是法定监护人、法定看管人或授权书持有人, 或者对此会员具有其他法定权力, 请附上法律文件。

必须填写所有部分才能使本授权有效。会员应保留已填写的表格的副本。

准备提交?

请将此表格邮寄至:

ODS Community Dental, Privacy Office
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

有何疑问? 请联系 ODS 社区牙科客户服务,
电话为 800-342-0526。(听语障用户请拨打 711。)

odscommunitydental.com/members

ODS 社区牙科必须遵守州和联邦权利法。我们不能因人的年龄、肤色、残障、性别认同、婚姻状况、祖籍国、种族、宗教、性别或性取向而在我们的任何服务或计划中不公平地对待他人。
ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted.
Llame al 888-788-9821 (TTY: 711). 注意: 如果您說中文, 可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 聾啞人專用: 711。