

受保護的健康資訊 (PHI) 揭露授權



填寫本表格，即表示您授權 ODS 社區牙科使用和共用您的 PHI。
請用黑色或藍色墨水清楚列印，並按照背面的指示將此表格交回給我們。

第 1 節：會員（患者）資訊

姓名	出生日期 (mm/dd/yyyy)	ID 號碼
----	-------------------	-------

第 2 節：授權

本人理解透過我的會員服務，ODS 社區牙科持有關於我的 PHI。
本人授權 ODS 社區牙科使用和共用我的資訊：

姓名	關係		
地址	城市	州	郵遞區號

原因（選擇一項）：

- ☐ 討論與我的健康保險、治療和付款相關的所有資訊。
☐ 其他（請說明原因）：

我的 PHI 包括：

- 病案
- 帳單
- 影像報告
- 實驗室報告
- 牙科記錄
- 物理治療記錄
- 醫院記錄（包括護理記錄和進度記錄）和
- 與本授權目的相關的任何個人或醫療資訊。

僅會基於上述原因使用您的 PHI 之必要細節。
如果您的 PHI 包含以下任何勾選的資訊，則可能適用其他法律規定。
本人理解並同意，只有在我勾選下列任何方塊時，我的 PHI 才會被共用：

- ☐ HIV/AIDS 檢測或結果資訊及相關記錄
☐ 基因檢測資訊
☐ 藥物/酒精診斷、治療或轉診資訊
☐ 心理健康資訊
☐ 生殖健康

我理解我的 PHI 可能會被重新共用，並且不再受聯邦法律保護。 但是，聯邦或州法律可能會限制重新共用有關上述資訊的測試或結果。

除非被撤銷，否則此授權將一直有效，直到出現以下情況（選擇一項）：

☐ 日期：_____ / _____ / _____ （自簽名之日起不超過 24 個月）*

☐ 事件：_____

（事件最長持續 24 個月。 列出「死亡」、「保單終止」或「直至撤銷」等事件均屬於無效事件的範例，這些事件將導致此授權視為無效而被退回）。

*如果未提交日期（留空），則授權自簽名之日起 24 個月內有效。

在下方簽名，即表示我已閱讀並理解本授權

個人簽名	簽名日期
X	

或

個人代表簽名	簽名日期
X	
代表列印姓名	關係**

****如果您是會員的法定監護人、法定監護人、授權書持有人或有其他合法授權，請附上法律文件。**

本授權必須填寫所有部分才有效。 會員應保留一份填妥表格的副本。

準備好提交了嗎？

將此表格郵寄至：ODS 社區牙科隱私辦公室
601 SW Second Ave., Portland, OR 97204

有疑問嗎？ 請致電 800-342-0526 聯絡 ODS 社區牙科客戶服務。（TTY 使用者請致電 711。）

odscommunitydental.com/members

ODS 社區牙科必須遵守州和聯邦權利法。 我們不能因人的年齡、膚色、殘障、性別認同、婚姻狀況、國籍、種族、宗教、性別、性取向、健康狀況或服務需求而在我們的任何服務或計劃中不公平地對待他人。

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).