



Mount Sinai

向第三方披露患者医疗信息授权书

PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO THIRD PARTY

请以正楷清晰填写患者信息

PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

姓氏: LAST NAME:	名字: FIRST NAME:	中间名: MIDDLE:
治疗期间所用姓名 (如与上述姓名不同) Name at Time of Treatment (If different than above)		
出生日期 (月/日/年): Date of Birth (MM/DD/YYYY):	电话: Phone:	电子邮箱 (选填): Email (optional):
街道地址: Street Address:	城市和州: City & State:	邮政编码: Zip Code:

服务地点 (仅勾选接受服务的地点):

LOCATION(S) OF SERVICE (check only those where you received services):

<input type="checkbox"/> Mount Sinai Beth Israel	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Hospital
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Queens	<input type="checkbox"/> New York Eye and Ear Infirmary at Mount Sinai
<input type="checkbox"/> Mount Sinai West (aka Roosevelt)	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Brooklyn (aka Kings Highway)
<input type="checkbox"/> Mount Sinai St. Luke's	<input type="checkbox"/> Mount Sinai Union Square
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Chelsea	<input type="checkbox"/> 其他 - 请具体说明: _____
<input type="checkbox"/> Mount Sinai Doctors Faculty Practice:	
<input type="checkbox"/> Long Island	<input type="checkbox"/> Manhattan/Queens
<input type="checkbox"/> Brooklyn	<input type="checkbox"/> Bronx/Westchester
	<input type="checkbox"/> Staten Island

请填写相关信息, 并勾选所有适用方框

PLEASE FILL IN INFORMATION AND CHECK ALL BOXES THAT APPLY

所申请的记录/信息 Records/Information Requested	服务日期 Date(s) of Service	服务地点 Location(s) of Service
<input type="checkbox"/> 住院就诊: Inpatient Visit(s):		
<input type="checkbox"/> 出院小结 Discharge Summary	_____	_____
<input type="checkbox"/> 手术报告 Operative Report	_____	_____
<input type="checkbox"/> 完整的记录 Entire Record	_____	_____
<input type="checkbox"/> 其他 _____ Other	_____	_____
<input type="checkbox"/> 门诊外科 Ambulatory Surgery		
<input type="checkbox"/> 手术报告 Operative Report	_____	_____
<input type="checkbox"/> 完整的记录 Entire Record	_____	_____
<input type="checkbox"/> 其他 _____ Other	_____	_____
<input type="checkbox"/> 急诊科 (ER) Emergency Department (ER)	_____	_____
<input type="checkbox"/> 门诊医师办公室 Outpatient Physician Office		
<input type="checkbox"/> 提供者名称 _____ Provider Name	_____	_____
<input type="checkbox"/> 门诊诊所 Outpatient Clinic		
<input type="checkbox"/> 诊所名称 _____ Clinic Name	_____	_____



检测结果:
Test Results:
 心导管插入报告
 Cardiac Cath Reports
 心导管插入影像
 Cardiac Cath Films

放射诊断报告
 Radiology Reports
 放射诊断图像
 Radiology Images

病理报告
 Pathology Reports
 病理切片
 Pathology Slides

实验室
 Laboratory

其他
 Other

待披露的记录:
Records to be disclosed:

包括
 do include
 包括
 do include
 包括
 do include
 包括
 do include

不包括 HIV 相关信息
 do not include HIV-related information
 不包括酒精和药物滥用记录
 do not include Alcohol and Drug Abuse records
 不包括精神病记录
 do not include Psychiatric Records
 不包括基因检测结果
 do not include Genetic Testing Results

授权披露记录给:
Authorizing release of records to:

医疗服务提供者
 Healthcare Provider
 执法机关
 Law Enforcement

保险公司或指定人员
 Insurance Company or Designee
 雇主
 Employer

律师
 Attorney
 其他:
 Other: _____

法庭
 Court

名称:
 Name: _____

地址:
 Address: _____

披露原因
Reason for Disclosure

患者要求
 Patient Request
 福利申请
 Benefits Application
 其他:
 Other: _____

请勾选所需格式/递送方式
PLEASE CHECK REQUESTED FORMAT/MODE OF DELIVERY

纸质文件/邮寄
 PAPER/MAIL
 光盘/邮寄
 DISC/MAIL
 PDF/电子邮件: 请通过电子邮件发送记录至 (必填):
 PDF/EMAIL: Email to send record to (REQUIRED): _____

我们不会以您是否签署此授权书为条件来决定治疗或付款。但是, 如果您拒绝签名, 我们将不会提供相关记录。

本人了解, 此授权书自签署之日起一年内或 _____ 之前有效, 且本人可随时撤销此授权, 但 Mount Sinai 已经披露的信息不在此列。

本人了解, 申请医疗记录副本需要支付法律法规所允许的复制费用, 如果本人不想支付此类费用, 则可修改或撤销申请。

特定理解声明

本人了解, 本同意书同意披露的信息可能包括关于酒精和药物滥用记录、精神病记录和/或 HIV 相关信息 (表明本人已经接受 HIV 相关测试, 或者已经感染 HIV、患有 HIV 相关疾病或 AIDS, 或者可能表明本人曾有可能接触到 HIV)。

如果本人授权披露 HIV/AIDS、酒精或药物治疗或心理健康治疗相关信息, 除非联邦法律或州法律允许, 否则未征得本人授权, 接收人不得重新披露此类信息。本人有权要求获得在未征得本人授权的情况下接收或使用本人 HIV 相关信息的人员名单。如果您因此类 HIV 相关信息的发布或披露而遭受歧视, 可以致电 (800) 523-2437/(212) 480-2493 联系纽约州人权处 (New York State Division of Human Rights) 或致电 (212) 306-7450 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission of Human Rights)。

在此授权书上签名, 即表明本人授权以上述方式使用或披露受保护的健康信息。如果法律未要求本表格上述接收人保护与此类信息有关的患者隐私, 且此类信息不再受到联邦健康信息隐私条例的保护, 则可重新披露此类信息。



**Mount
Sinai**

患者签名: _____ 日期: _____
Patient Signature: _____ Date: _____

个人代表 (若患者未成年或无法代表自己签字, 则由个人代表签字)
Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)

签名: _____ 正楷姓名: _____
Signature: _____ Print Name: _____

授权: _____ 电话号码: _____
Authority: _____ Tel. No: _____

地址: _____ 日期: _____
Address: _____ Date: _____

请将填妥的表格寄送至下列最合适的地点

机构	地址	电话号码
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 25-10 30th Avenue Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003	212-420-2665 x-0
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn Health Information Management 3201 Kings Highway Brooklyn, NY 10025	718-951-2806
Mount Sinai Doctors Faculty Practice	直接向相应机构提出申请 – 致电联系相应机构获取地址信息 或寄送至以下地址 Mount Sinai Doctors Faculty Practice – Medical Records 1 Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	单个机构
Mount Sinai Union Square	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management First Avenue at 16th Street New York, NY 10003 Attn: Outpatient Team	212-844-5275
Mount Sinai St. Luke's	Mount Sinai St. Luke's Health Information Management 1111 Amsterdam Avenue New York, NY 10025	212-523-3286
Mount Sinai West	Mount Sinai West Health Information Management 1000 Tenth Avenue New York, NY 10019	212-523-6627
Mount Sinai Chelsea	Mount Sinai Downtown Chelsea Health Information Management 325 West 15th Street New York, New York 10011	212-604-6045
New York Eye and Ear Infirmary	New York Eye and Ear Infirmary Medical Records 310 East 14th Street New York, NY 10003	212-979-4352