

ST. DAVID'S HEART AND VASCULAR

患者 HIPAA 确认与同意书

患者姓名：

出生日期：

_____ (患者/代理人姓名首字母) **隐私条例通知。**

本人确认，本人已收悉诊所的隐私条例通知，该通知描述了诊所可能以何种方式使用和披露本人之医疗保健信息，以用于治疗、支付、医疗保健运营以及其他描述的经许可使用和披露，本人理解，若本人有任何疑问或不满，可联系通知上所指定的隐私官员。

本人理解，提供者和/或提供者的业务伙伴可能通过电子方式披露该等信息。

在法律许可的范围内，本人同意可出于诊所隐私条例中所描述的目的，对本人的信息进行使用和披露。

_____ (患者/代理人姓名首字母) **信息披露。**

本人特此允许诊所以及参与住院或门诊护理的医生或其他医疗保健人员出于治疗、支付或医疗保健运营之目的对本人的医疗保健信息进行披露。

- 出于协调患者护理和案例管理之目的，有关于先前在其他 HCA 附属设施住院的医疗保健信息可能会提供给后续的 HCA 附属住院设施。为了核实承保或支付问题，或出于与福利支付相关的任何其他目的，医疗保健信息可能会披露给任何有责任代表患者进行支付的个人或实体。若提供的服务与工伤赔偿之索赔相关，医疗保健信息还可能披露给本人之雇主所指定的人士。
- 若本人已投保 Medicare 或 Medicaid，本人授权可将本人之医疗保健信息披露给社会保障总署或其中介机构或运营商，以进行 Medicare 索赔之支付，或披露给有关国家机关，以进行 Medicaid 索赔之支付。该等信息包括但不限于病史、体检结果、急诊病历、化验报告、手术报告、医生用病程记录、护士记录、会诊、心理学和/或精神病学报告、药物与酒精治疗，以及出院小结。
- 联邦和州法律可能允许该设施参与包含其他医疗保健提供者、保险公司和/或其他医疗保健业参与者及其分包商的组织，以便这些个人和实体之间互相分享本人的健康信息，从而实现目标，包括但不限于：提高本人健康记录的准确度和可获得性；减少获取本人信息所需耗费的时间；出于改善质量之目的对本人的信息进行整合与对比；以及法律可能允许的该等其他目的。本人理解，该设施可能是一家或多家此等组织的成员。该等同意特别包含了有关于心理状态、精神病状态、智力障碍状态、遗传信息、药物依赖状态和/或传染性疾病（包括但不限于血液传播疾病，如 HIV 和艾滋病）的信息。

向朋友和/或家人进行披露

您是否希望指定一名家人或其他个人与提供者探讨您病情的相关事宜？若是，指定何人？

本人允许出于沟通结果、发现和护理决定之目的将本人的受保护健康信息披露给本人的家人和下方所列的其他人士：

	姓名	关系	联系电话
1:			
2:			
3:			

患者/代理人可撤销或修改这一具体授权，该等撤销或修改必须以书面形式作出。

注：诊所所使用的电子健康记录会将您的所有人口统计资料更新至您所提供的信息中。

请注意，为了您的方便起见，该等信息还将更新至我们的所有附属诊所，这些诊所与我们共同使用一份与您有关的电子健康记录。

同意出于安全和/或医疗保健运营目的的拍照或其他形式记录

_____ (患者/代理人姓名首字母) **本人同意**可出于安全目的和/或诊所的医疗保健运营目的（例如质量改善活动）对本人进行拍照、摄像或摄影，和/或拍片。

本人理解，该设施对图像和/或记录拥有所有权。除非法律另有禁止，在技术上具有可行性的情况下，本人能够要求对图像和/或记录进行访问或获取副本。

本人理解，这些图像和/或记录将被安全地存储和保护。

若未获得本人或本人之法定代理人的具体书面授权，将不会对能够识别本人身份的图像和/或记录进行披露和/或使用，除非是出于治疗、支付或医疗保健运营目的，或是在法律许可或要求的情况下。

_____ (患者/代理人姓名首字母) **本人不同意**出于安全目的和/或诊所的医疗保健运营目的（例如质量改善活动）对本人进行拍照、摄像或摄影，和/或拍片。

Updated: December 20, 2016 replacing April 22, 2016, October 28, 2015, June 12, 2015 & November 21, 2013 version

A photocopy of this consent shall be considered as valid as the original.

Translated on Dec 30, 2016

电子邮件或短信预约提醒和其他医疗保健通讯授权书：

我们想要和患者保持联系。

我们可能会通过电子邮件和/或短信通知诊所患者确认预约，获取您对我们医疗保健团队体验的反馈，并为您提供综合健康提醒/信息。

如果您在下方提供电子邮箱地址或收取短信的手机号码，即表示您了解可能会收到诊所的此类通讯。您可以随时退订这些通讯。

诊所不会收取此类服务的费用，但无线上网服务套餐的标准短信费率仍然适用（请联系运营商咨询计费计划和详情）。

本人授权用以接收预约提醒、反馈和综合健康提醒/信息的手机号码为_____。

本人授权用以接收预约提醒电子邮件通知和综合健康提醒/反馈/信息的电子邮箱地址为_____。

或

____（患者/代表简签）本人谢绝接收短信形式的通讯。

____（患者/代表简签）本人谢绝接收电子邮件形式的通讯。

如果您先前已同意接收短信/电子邮件形式的通讯，并希望撤回同意

退订撤销短信/电子邮件形式的通讯。换言之，本人不想让自己的电子邮箱地址或手机号码再接收上述通讯。

____本人兹此撤销本人通过短信接收日后预约提醒、反馈和综合健康提醒的要求。

____本人兹此撤销本人通过电子邮件接收日后预约提醒、反馈和综合健康提醒的要求。

患者姓名：_____

患者/患者代表签名：_____

日期：_____ 时间：_____

[OPTIONAL ON FORM- REMOVE THIS Prescription Order Pick up Section ONLY NA to your practice]

处方领取。 有些情况下，您可能需要由您的朋友或家人代为从您的医生诊所处领取处方（处方笺）。

我们需要对您的家人或朋友的姓名进行预先登记，方可向其提供您的处方。在提供处方笺之前，您的指定人士需要出示有效的带照片身份证明，并签署该处方。

____（患者/代理人姓名首字母）本人**希望**指定下述人士代为领取本人的处方：

姓名：_____ 日期：_____

姓名：_____ 日期：_____

____（患者/代理人姓名首字母）本人**不希望**指定任何人代为领取本人的处方。

患者/父母/监护人/患者代理人签名 _____ 日期：_____

患者/父母/监护人/患者代理人姓名（正楷书写） _____

患者姓名（正楷书写）：_____ 出生日期：_____