

授权和访问健康资讯的请求
AUTHORIZATION AND REQUEST FOR ACCESS
TO HEALTH INFORMATION

- Alhambra Health Center | 330 S. Garfield Ave. Suite 300, Alhambra, CA 91801
- Baldwin Park Health Center | 4070 Sterling Way, Baldwin Park, CA 91706
- Glendora Health Center | 130 W. Route 66, Suite 100, Glendora, CA 91740
- Highland Park Health Center | 5903 N. Figueroa St. Highland Park, CA 90042
- Pasadena Health Center | 1045 N. Lake Ave. Pasadena, CA 91104

1	患者姓名：	患者出生日期(MM/DD/YYYY):
	患者住址：	患者电话：
电子邮箱地址：		
患者请求		
2	<p>请注意：您可按您的需要，於患者平台上访问您的就诊记录，您可登入此网站： https://www.medfusion.net/plannedparenthoodofpasadena-27611/portal/#/user/login 如果您还未登记，您可以联络我们联络中心请求登入资料，电话号码是 626-798-0706。</p> <p>我在此请求访问 <input type="checkbox"/> 查看或 <input type="checkbox"/> 获取副本（勾选适用的复选框）由 Planned Parenthood Pasadena 和 San Gabriel Valley 持有的我的健康资讯。本人要求按以下格式提供资讯（请从复选框 3 或 4 中选择）。</p>	
	<p><input type="checkbox"/> 纸质副本（选择一项）：</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 自取</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 传真到：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 邮件 <input type="checkbox"/> 邮寄至信箱 1 的地址 <input type="checkbox"/> 邮寄至以下地址</p>	
姓名：		
地址：		
4	<p><input type="checkbox"/> 电子副本（仅用于电子资讯维护）。</p> <p><input type="checkbox"/> 发送电子邮件至邮箱 1 中的地址。</p> <p><input type="checkbox"/> 发送至其他人的电子邮件：_____</p> <p>如果您希望通过电子邮件将健康资讯发送给您或其他人，请阅读授权条件中的第 1 节“使用电子邮件的风险”。</p>	
	<p>5 要求访问健康资料的原因（可选多于一项）：</p> <p><input type="checkbox"/> 进一步治疗 <input type="checkbox"/> 个人用途 <input type="checkbox"/> 法律用途 <input type="checkbox"/> 保险 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____</p>	

6	<input type="checkbox"/> 我在此授权 Planned Parenthood Pasadena 和 San Gabriel Valley 发布我的健康资讯给（以下收件人） <input type="checkbox"/> 我在此授权（以下提供方）向 Planned Parenthood Pasadena 和 San Gabriel Valley 发布我的健康资讯： 发送电子邮件至: pppsgvsecuremessage@pppsgv.org <input type="checkbox"/> 传真至: (626) 798-2919 <input type="checkbox"/> 传真至他方: _____	
	收件人名称：	收件人电话：
	收件人地址：	收件人传真：
7	将要发布的健康资讯 我特别授权在以下日期范围内发布或接收以下资讯：(MM/DD/YYYY) 从 _____ 至 _____ <input type="checkbox"/> 有关以下方面的化验室报告： _____ <input type="checkbox"/> 所有化验室报告（不包括 HIV 检测结果） <input type="checkbox"/> 就诊摘要（包括体检，但不包括酒精/药物信息和心理健康/行为健康记录） <input type="checkbox"/> 病史 <input type="checkbox"/> 疫苗接种记录 <input type="checkbox"/> 我可能转诊的接收机构的记录（仅适用于转诊或转出的患者） <input type="checkbox"/> 与特定伤患、治疗或其他目的相关的记录（请注明）： _____	
	注意：记录可能包括与心理健康、酒精或药物使用以及 HIV 或艾滋病相关的信息。但是，除非特别要求，否则心理健康和酒精或药物的治疗记录和/或艾滋病毒检测结果不会特别披露（勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/> 艾滋病病毒记录 <input type="checkbox"/> 心理健康/行为健康记录(心理治疗笔记除外) <input type="checkbox"/> 心理治疗笔记 (使用或披露心理治疗笔记的授权不得与任何其他授权结合使用;如果此框与其他框一起选中，则需要另一个授权) <input type="checkbox"/> 酒精或药物治疗/转诊记录 <input type="checkbox"/> 其他: _____	
8	除非另有撤销，否则本授权将于 _____（输入适用的日期或事件）。如果未指定日期，此授权将在下面签署的日期后 12 个月到期。	

授权的条件

1. 使用电子邮件 接收您的健康记录的风险：电子邮件可能不可靠、不安全或不私密。例如：

- 电子邮件会被黑客入侵。（未经授权的人可以拦截、修改或使用它）。
- 电子邮件可能被发送到错误的人、丢失或受到其他发送错误的影响。
- 电子邮件可能来自非指定发件人。
- 伪造电子邮件比手写签名文件更容易。
- 任何能访问电子邮件帐户的人都能访问该帐户中的所有消息。这包括那些有权限使用电子邮件帐户的人和没有权限的人。

- 任何收到或访问电子邮件的人都可以阅读、转发、复制、删除或更改电子邮件。这包括那些有权限使用电子邮件帐户的人和没有权限的人。
- 任何被删除的邮件都可以重新找到。
- 电子邮件服务商有权保存和检查通过其系统发送的电子邮件。
- 电子邮件可以传播病毒。
- 如果您不想查看您的医疗资讯的人可以访问您的电子邮件帐户，则不应通过电子邮件接收您的健康资讯。

- 2. 心理健康/行为健康记录** 您的心理健康治疗师可能会在有限的情况下拒绝发布您的信息。
- 3. 心理治疗笔记**。法律无权让您查阅或获取心理治疗记录的副本。负责您护理的心理治疗师可能会拒绝发布这些笔记。这些笔记主要供治疗专业人员个人使用，一般不会出于其他目的披露
- 4. 响应时间**。Planned Parenthood Pasadena 和 San Gabriel Valley (PPPSGV) 将在收到书面请求后最多五 (5) 个工作日回复检查请求，并在收到本请求后最多十五 (15) 日内提供副本。
- 5. 提供请求的访问**。所有患者都可以通过患者门户访问健康资讯。如果要求提供健康资讯的副本，PPPSGV 应尝试以所要求的方式满足每一项要求。例如，如果请求者要求将健康资讯以 PDF 格式发送到指定的电子邮箱地址，PPPSGV 应尝试以该种方式发送该资讯。如果 PPPSGV 在技术上无法以首选方式满足该请求，或 PPPSGV 无法与请求方就满足该请求的方式达成协议，则 PPPSGV 可寻求以另一种方式满足该请求。
- 6. 访问的时间和方式**。如果访问检查得到同意，应当约定方便的时间或者地点进行检查。如果获取副本得到同意，应邮将资讯邮寄给请求者，除非另有约定。
- 7. 拒绝访问请求**。如果 PPPSGV 通过行使专业判断确定所请求的访相当程度地可能危及个人或他人的生命或人身安全，则 PPPSGV 可以拒绝披露健康资讯。如果访问请求被全部或部分拒绝，PPPSGV 必须提供包含以下内容的书面拒绝：a) 拒绝的依据；b) 审查权利声明（如适用）；和 c) 申请人如何向 PPPSGV 或卫生与公众服务部部长（“HHS”）投诉的说明。
- 8. 要求对拒绝审查的权利**。出于上文第 7 段所载的原因，申请人有权要求由 PPPSGV 指定的另一位持照医疗专业人员对拒绝访问请求进行审查。
- 9. 无权要求对拒绝进行审查**。如果 PPPSGV 拒绝访问请求，则申请人无权就以下内容要求审查：a) 查看心理治疗笔记；b) 信息涉及正在进行的研究，拒绝访问是同意参与研究的一部分；或者 c) 信息是在保密承诺下从第三方获得的，访问可能会暴露信息的来源。

如果您要求将您的资讯通过电子邮件发送给您或其他人，如在本表格中披露的，您进一步承认并同意通过电子邮件发送和接收您的信息
 的风险，并且您同意免除并使 PPPSGV 免于承担因使用电子邮件与您或您指定接收包含您的健康资讯的电子邮件的其他人交流而可能产生的任何责任。这包括但不限于因使用电子邮件而可能造成的机密性或隐私泄露工（除非应法律要求）。

通过签署本授权书，本人明白：

- 我授权在患者（我自己）的要求下使用和/或披露我个人的可识别健康资讯。我明白该授权是自愿的。
- 我有权通过向在第一页上的地址发送终止此授权的签名通知来随时撤销本授权。授权将在收到我的有效撤销请求之日终止。
- 如果我不签署本授权书，我的治疗、付款、登记或受益资格将不会受到影响。
- 根据加州法律，除非有书面授权或经法律特别要求或许可，禁止我的医疗资讯的接收者再次披露该资讯。
- 如果我授权接收资讯的组织或个人不是健康计划或医疗保健提供者，所披露的资讯可能不再受联邦隐私法的保护。
- 我有权收到一份本授权书的副本。

6	Signature of Patient OR Signature of Personal Representative (if required by state law): _____ Date: _____ If personal representative, relationship to patient: _____ Date: _____
----------	---

Office Use Only

7

Form of ID Presented: _____ Verified over phone: _____

Identity verified by: _____