

(\*Kaiser Permanente 地區列於本表格背面)

## 患者健康資訊使用或披露 授權書

注意：某些申請可能需收費

請參閱背面的填寫本表格的說明。

如果不遵守說明，可能會導致處理受到延遲。

### 1. 患者資訊

以正楷字型填寫患者姓名： \_\_\_\_\_

出生日期（月／日／年）： \_\_\_\_\_

醫療紀錄編號： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

電話號碼：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

電子郵件： \_\_\_\_\_

### 2. KAISER PERMANENTE 可將此資訊透露給：

如與上述 1 相同，請勾選此處

組織或個人： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

城市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵遞區號： \_\_\_\_\_

電話：(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 傳真(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

電子郵件： \_\_\_\_\_

記錄寄送方式： 安全電子郵件  傳真  網站 [kp.org/wa](http://kp.org/wa) 上的患者帳戶（僅限患者）

### 3. 披露目的： 醫生 法律 保險 病假 個人／其他

### 4. 要披露的資訊：開始日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 結束日期 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

醫療記錄  放射醫學報告： \_\_\_\_\_

免疫接種  放射科影像（CD 上）： \_\_\_\_\_

帳單記錄  醫療休假法 (Family and Medical Leave Act, FMLA) 文件

其他（保健業者、部門、專科）： \_\_\_\_\_

### 5. 患者授權：本人瞭解：

- ✓ 披露的記錄可能包括與 HIV/AIDS、性傳染病、藥物依賴或精神健康的檢測、診斷或治療相關的資訊，以及 18 歲以下患者的生殖保健相關資訊。簽署此同意書，即表示本人特此授權披露這些資訊。
- ✓ 一般而言，Kaiser Foundation Health Plan of Washington 以及 1996 年《健康保險流通與問責法案》涵蓋的其他任何機構不會以本人是否簽署本授權書來作為治療、給付、入保或理賠資格的條件。如果本授權書是為了在入保前確定入保、資格、承銷或風險評級，不簽署或撤銷本授權書可能會影響 Kaiser Foundation Health Plan of Washington 的入保或福利裁決。
- ✓ 本人可以書面形式撤銷本授權書。如果本人撤銷授權書，將不會影響已經根據本授權書採取的任何行動。
- ✓ 一旦披露，醫療保健資訊可能會被接收人再披露，因而不受健康資訊隱私法保護。

### 6. 簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

如非患者本人\*，請以正楷字型填寫姓名以及與患者關係： \_\_\_\_\_

\*可能需要文件來證明代表患者簽署的授權。

### 7. 未成年人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

某些資訊需要未成年人的簽名，請參閱說明頁上的第 7 條。

### 8. 本授權書自簽署之日起一年後到期，或在此處註明的日期或發生此處註明的事件時失效：

#### Business Office/Clinic Staff: Has this request been processed?

WWA YES, already processed: send to Scanning at RCS  
WWA NO, needs processing: fax to ROI at 206-630-6849

EWA YES, already processed: send to Scanning at ACN-AC3  
EWA NO, needs processing: fax to ROI at 509-232-3127

請瀏覽 [kp.org](http://kp.org) 獲得以下 Kaiser Permanente 地區的聯絡資訊：

- 加州
- 科羅拉多州
- 喬治亞州
- 夏威夷州
- 中大西洋州（馬裡蘭州、維吉尼亞州和華盛頓特區）
- 西北地區（俄勒岡州、Longview 和 Vancouver、華盛頓州）
- 華盛頓州

說明：

1. **患者資訊：**請以正楷字型填寫患者姓名、出生日期、醫療紀錄編號（如已知）、地址、電話號碼和電子郵件。
2. **接收人資訊：**請以正楷字型填寫姓名、地址、電話號碼、傳真號碼和電子郵件地址。  
**寄送方式：**請以正楷字型清楚填寫電子郵件地址  
**KP.ORG/WA** - 記錄在發佈到您的安全會員帳戶後 30 天內可用
3. **目的：**請勾選適用於記錄申請原因的方塊。
4. **要披露的資訊：**指明授權披露的日期。
  - 醫療記錄 - 最長 10 年的記錄
  - 帳單記錄 - 不包括保費付款
  - 放射科影像 - 請指定所需的影像和／或日期
  - 其他 - 使用此欄位來指示所需的特定資訊。只會披露這些特定資訊。
5. 請閱讀**患者授權部分**。
6. **簽名：**請簽署姓名和日期。電子簽名必須符合聯邦政府和州政府的規定。個人代表應以正楷字型填寫姓名並註明與患者的關係。可能需要文件來證明代表患者簽署的授權。
7. **未成年人簽名：**未成年患者有權控制某些類型的醫療保健資訊。他們可能需要簽署授權書才能披露以下資訊：
  - 性傳染病，包括 HIV（14-17 歲）
  - 精神健康和成癮康復服務（13-17 歲）
  - 生殖保健（所有未成年人）
8. **到期：**如果沒有提供日期或事件，授權書將自簽署之日起一年後到期。

如欲提交您的申請，請將填妥的表格寄送至下面列出的相應地點。首選傳真提交。請瀏覽我們的網站 [www.kp.org/wa](http://www.kp.org/wa) 獲得本表格的額外副本或瞭解更多資訊。

**華盛頓州西部地區**  
Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
Release of Information  
MAILSTOP:RCG-D1N-02  
PO Box 9812  
Renton, WA 98057-9054

電話：206-630-6848 或免費電話 1-866-656-4184  
營業時間：上午 8:00 至下午 5:00  
電子郵件：KPWA-ROI@kp.org  
傳真：877-848-6896

**華盛頓州東部地區**  
Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
Release of Information  
MAILSTOP:ACN-AC3  
PO Box 204  
Spokane, WA 99210-9809

電話：509-241-7824  
營業時間：上午 8:00 至下午 5:00  
電子郵件：KPWA-ROI@kp.org  
傳真：509-232-3127

如果只申請放射科影像（X 光檢查、磁振造影 (Magnetic Resonance Imaging, MRI)、電腦斷層 (Computerized Tomography, CT)、乳房 X 光造影等），請將申請寄送至：

Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
Central Imaging Center  
201 16th Ave E  
Seattle, WA 98112

電話：206-326-3715  
電子郵件：KPWA-RadROI@kp.org  
傳真：855-524-2256