

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

病患姓名：(姓) _____ (名) _____ (中間名) _____ 地址：_____ 城市/州/郵遞區號：_____ 出生日期：_____ 首選電話：_____ ☐ 手機 ☐ 家 ☐ 工作 ☐ 其他 電子郵件：_____
目的——我希望： ☐ 為我的醫療保健提供者索取個人醫療記錄副本 ☐ 索取個人醫療記錄供個人使用 (請勾選所有適用選項)： ☐ 授權 COH 獲公佈本人醫療記錄/健康資訊給第 2 頁所列的特定個人* ☐ 其他，請說明：_____
待公佈資訊 說明您接受服務的地點：(站點位置，例如加州、伊利諾州、亞利桑那州、喬治亞州) _____ ☐ 住院 ☐ 門診 ☐ 治療日期：_____ ☐ 相關文件 (H&P、諮詢、臨床記錄、手術報告、出院總結、放射腫瘤學、化學治療和測試結果) ☐ 實驗室 ☐ 病理 ☐ 病理切片 ☐ 放射 ☐ 放射影像 ☐ 心臟病學 ☐ 基因檢測資訊 ☐ 其他，請說明：_____

City of Hope AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)	AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE MRN _____ Patient Name _____ Date of Birth _____
Form No. 8700-S035-TC Reviewed: 05/25 Revised: 05/25 AUDPHI Original: HIPAA-ROI Photocopy to Patient Page 1 of 7	

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

請按以下格式提供索取的記錄：

☐ 紙本影本 ☐ 光碟 ☐ USB 磁碟機 ☐ FFPE 塊 ☐ H&E 投影片

交付方式：☐ 郵寄 ☐ 傳真 ☐ 安全電子郵件 失效截止日期：_____

版本號（雇員使用）：_____

本人高度機密資訊：透過選取方塊並將本人姓名字首寫在下列一類高度機密資訊旁邊，本人特別授權使用和/或披露本人姓名字首旁邊指示的高度機密資訊類型，如果任何此類資訊將根據本授權被使用或披露：

☐ _____ HIV/AIDS 檢測或治療（包括 HIV 檢測被要求、執行或報告，無論此類測試的結果是陽性還是陰性）

☐ _____ 精神疾病或發育障礙治療

☐ _____ 藥物濫用治療
（即酒精或藥物）

☐ _____ 基因檢測和資訊

如果在 IL 或 GA 中：

☐ _____ 不孕不育/IVF/人工授精

☐ _____ 性侵

☐ _____ 虐待和忽視兒童

☐ _____ 虐待成年殘障人士

City of Hope

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE
PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN _____

Patient Name _____

Date of Birth _____

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

*請從以下位置獲得資訊，或將本人資訊公佈至：	
☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

City of Hope AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)	AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE MRN _____ Patient Name _____ Date of Birth _____
Form No. 8700-S035-TC Reviewed: 05/25 Revised: 05/25 AUDPHI Original: HIPAA-ROI Photocopy to Patient Page 3 of 7	

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

*請從以下位置獲得資訊，或將本人資訊公佈至：	
☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

☐ 獲得 自：	醫院/診所/人名： _____ 地址/城市/郵遞區號： _____ 電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件： _____
☐ 公佈 至：	

City of Hope AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)	AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE MRN _____ Patient Name _____ Date of Birth _____
Form No. 8700-S035-TC Reviewed: 05/25 Revised: 05/25 AUDPHI Original: HIPAA-ROI Photocopy to Patient Page 4 of 7	

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

本人理解，法律禁止 COH 向本授權書中未指定的任何個人或實體發佈或轉讓披露的資訊。但一旦 COH 將本人健康資訊披露給上述本人指定的接收者，我理解 COH 不能保證該接收者不會再次向第三方披露本人的健康資訊。我明白第三方可能不需要遵守本授權書或適用的聯邦和州法律來管理本人的健康資訊的使用和披露。

我知曉，根據聯邦和州保護健康資訊隱私相關法律的規定，COH 可能在少數情況下拒絕這一請求。我也知曉，除適用法律另有規定外，我有權授權一名執業醫師或外科醫生、執業心理學家、持牌婚姻及家庭治療師或經我書面授權指定的執業臨床社工對我的某些記錄進行覆核。

此授權對於在請求中列出的日期公佈資訊有效。

- 我瞭解，COH 可能不會以我是否簽署此授權書為條件，對治療、付款、登記或福利資格提出條件。
- 我明白使用或披露本人的健康資訊是自願的，符合聯邦或州法律和任何強制報告要求的除外。

City of Hope AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)	AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE MRN _____ Patient Name _____ Date of Birth _____
Form No. 8700-S035-TC Reviewed: 05/25 Revised: 05/25 AUDPHI Original: HIPAA-ROI Photocopy to Patient Page 5 of 7	

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

- 我瞭解，一旦本人的健康資訊被披露，接收者可能會再次披露該資訊，並且該資訊可能不受聯邦或州隱私法律或法規的保護。
- 我瞭解本人有權查閱和複製所披露的資訊。
- 我明白本授權書將在本表簽署之日起十二(12)個月後失效。透過向健康資訊管理部門提交書面請求，可以隨時撤銷此授權；撤銷不適用於任何已發佈的資訊。
- 我明白本人可能會索取一份授權書的副本。

請將您的請求傳送至：

COH - 加州

電子郵件：Himsroi@coh.org

傳真：(626) 218-8443，收件者：Health Information Management Services (ROI)

郵寄：Health Information Management Services (ROI)

COH - 芝加哥、亞特蘭大、鳳凰城、醫院和門診護理中心

電子郵件：Himsroi2@coh.org

傳真：(847) 746-6791，收件者：Health Information Management Services (ROI)

郵寄：Health Information Management Services (ROI)

City of Hope AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)	AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE MRN _____ Patient Name _____ Date of Birth _____
Form No. 8700-S035-TC Reviewed: 05/25 Revised: 05/25 AUDPHI Original: HIPAA-ROI Photocopy to Patient Page 6 of 7	

City of Hope
授權使用和披露受保護健康資訊 (PHI)

條款：本授權在簽署之日起的最多在十二(12)個月內有效。

我已閱讀並理解本授權的條款，並有機會就我的健康資訊使用和披露提出疑問。本人在下方簽名，即表示本人特此在知情和自願的情況下授權 COH 以上述方式使用或披露本人健康資訊。

病患（或個人代表）姓名（列印） 病患（或個人代表）簽名 日期 時間

如果病患是未成年人或無法簽署本授權書，請說明個人代表與病患的關係：

☐ 家長 ☐ 監護人 ☐ 保護人 ☐ 代理商 其他，請說明：_____

個人代表身份透過以下方式驗證：

☐ 身份證件（含照片） ☐ 相符簽名 ☐ 其他，請說明：_____

City of Hope

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE
PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

Form No. 8700-S035-TC

Reviewed: 05/25

Revised: 05/25

AUDPHI

Original: HIPAA-ROI

Photocopy to Patient

Page 7 of 7

AFFIX PATIENT IDENTIFICATION LABEL HERE

MRN _____

Patient Name _____

Date of Birth _____