



C S 0 0 2 0

病患請求存取其受保護健康資訊的申請  
(PATIENT ACCESS REQUEST TO THEIR  
PROTECTED HEALTH INFORMATION)  
Traditional Chinese

此表格用於病患請求存取（查閱）、接收或寄送其個人醫療資訊複本的申請。

病患姓名 (Patient Name)		出生日期 (Date of Birth)
曾用名 / 其他姓名 (Previous / Other Name[s])		
電子郵件地址* (Email Address*)	電話 (Phone)	
街道地址 (Street Address)		
城市 (City)	州別 (State)	郵遞區號 (Zip Code)

您請求提供紀錄的機構。請根據需要勾選 (✓)。

<input type="checkbox"/> CUMC-Bergan Mercy	<input type="checkbox"/> Good Samaritan	<input type="checkbox"/> Immanuel	<input type="checkbox"/> Lakeside	<input type="checkbox"/> Mercy Corning
<input type="checkbox"/> Mercy Council Bluffs	<input type="checkbox"/> Midlands	<input type="checkbox"/> Missouri Valley	<input type="checkbox"/> Nebraska Heart	<input type="checkbox"/> Plainview
<input type="checkbox"/> Schuyler	<input type="checkbox"/> St. Elizabeth	<input type="checkbox"/> St. Francis	<input type="checkbox"/> St. Mary's	
<input type="checkbox"/> Clinic (Specify): _____		<input type="checkbox"/> Other (Specify): _____		

服務日期： (請列出所請求紀錄的日期或日期範圍。)	開始日期：	結束日期：
------------------------------	-------	-------

所請求紀錄的部分：

(以下是最常被索取的各類文件。該文件並不構成您的完整病歷，您有權索取完整病歷。)

<input type="checkbox"/> 摘要 (包含 <sup>1</sup> )	<input type="checkbox"/> 急診室紀錄	<input type="checkbox"/> 化驗報告
<input type="checkbox"/> 出院摘要/最終診斷 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 預防接種 (注射) 紀錄	<input type="checkbox"/> 物理治療紀錄
<input type="checkbox"/> 病史與身體檢查紀錄 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 放射科 (例如: X 光) 報告	<input type="checkbox"/> 身體檢查紀錄
<input type="checkbox"/> 會診報告 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 其他診斷報告	<input type="checkbox"/> 藥物清單
<input type="checkbox"/> 手術及程序 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 診斷影像 (由放射科準備)	<input type="checkbox"/> 詳細帳單
<input type="checkbox"/> 診斷測試結果 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> 其他: _____	

本人請求以下列形式公開資訊：

電子形式 (HIM 部門入口網站) (\*需提供電子郵件地址)       紙本 (美國郵政郵寄或親自領取)

其他 (USB 等\*\*) : \_\_\_\_\_ ( \*\*儲存裝置必須由相關機構提供。 )

本人授權公開上述紀錄中關於藥物或酒精濫用、藥物相關病況、酗酒、精神/心理病況、精神/心理健康治療及/或 HIV 相關病況的任何治療資訊。

我會親自領取紀錄 (或)

請將紀錄寄至下列地址的個人或當事人：

收件人姓名 (Recipient Name)	接收紀錄的電子郵件地址* (Email Address for Receipt of Records*)	
街道地址 (Street Address)		
城市 (City)	州別 (State)	郵遞區號 (Zip Code)

本人瞭解，可能會對這些紀錄收取最低費用。

病患或個人代表簽名 (Signature of Patient or Personal Representative)	日期 (必填) (Date [Required])
正楷填寫姓名 (Print Name)	
如果是病患的個人代表，請指明具體權限或與病患的關係 (例如：父母、法定監護人) (If Personal Representative of the Patient, Authority or Relationship to Patient [e.g., parent, legal guardian])	

(請附上確立個人代表身分之任何文件的複本，例如委託授權書文件、監護文件、遺產執行人或遺囑管理人文件。)