

信息发布
医疗信息交流授权书

_____ 向 UHC 发布医疗记录或

_____ 从 UHC 请求医疗记录

<p>大学健康中心</p> <p>1232 UNIVERSITY OF OREGON</p> <p>EUGENE, OREGON 97403</p> <p>电话: (541) 346-2770</p> <p>传真: (541) 346-2747</p> <p>uhcmedicalrecords@uoregon.edu</p>	<p>姓名 _____</p> <p>地址 _____</p> <p>城市/州/邮政编码 _____</p> <p>电话: _____ 传真: _____</p> <p>抄送: _____</p>
--	--

发布目的:

_____ 继续医疗 _____ 保险目的
_____ 学生援助 _____ 其他 (请列出) _____

预约是否需要记录? 是否日期: _____

要发布的记录:

_____ 病历注释 _____ 免疫接种 _____ 药房 _____ X光报告
_____ 牙科记录 _____ 实验室 _____ PT/运动医学 _____ X光照片

需要特别授权: (您必须用姓名的首字母签名)

_____ HIV/AIDS测试和进展记录 _____ 心理健康记录
_____ 酒精和化学品依赖治疗 _____ 基因测试

注意: _____ 除非另有要求, 否则只会提供最近 2 年的记录。
_____ (若请求提供的记录超过 50 页, 或多次请求提供记录, 可能会收取 18 美元的手续费)

发布记录的方法: (选择多种方法可能导致额外费用, 但口头交流除外)

邮件副本 _____ 口头交流 _____ 自取 _____ 传真 _____ 患者访问入口 _____
(仅限在校学生)

再发布声明: 一旦根据此授权发布信息, 无需大学健康中心或患者知情或同意, 信息接收者可再发布此信息。再发布可能不受联邦或州隐私规定的保护。患者有权在任何时候撤销此授权, 除非大学健康中心依据此授权已经采取了行动, 或者作为获得保险的条件获得此授权。要撤销此授权, 必须提交书面签署的撤销授权声明, 邮寄或传真至大学健康中心医疗记录部门。

请留出 10 个工作日内来处理您的请求
(重复请求提供同一份记录或请求的记录超过 50 页, 可以评估收取象征性收费)

通过以下签名，我确认我授权并同意发布我的医疗记录。
除非以书面形式撤销，否则此授权自签署之日起 365 天内有效。

印刷体姓名： _____ UO ID: _____ 出生日期: _____

签名: _____ 日期: _____ 电话: _____

大学健康中心

1232 University of Oregon, Eugene, OR 97403-1232

电话: 541-346-2770 • 传真: 541-346-2747 • 电邮: uhcmedicalrecords@uoregon.edu