Multnomah County
Health Department

Health Information Services
619 NW 6th Avenue, 9th Floor
Portland, OR 97209
电话：503-988-3997
传真：503-988-4088

(THIS FORM MUST BE COMPLETED BEFORE IT IS SIGNED BY THE CLIENT)

客户姓名_____ 别名 _____
姓氏 名字 中间名 姓氏 名字 中间名

出生日期 _____ _____ / _____ _____ / _____ _____ _____ _____ 患者 ID 编号 _____

我授权穆鲁玛郡卫生部将我的健康记录交给：

姓名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

以用于以下目的： ____后续医疗护理 ____法律 ____残障
____其他，请说明：_____

请列出要披露的具体信息：_____

_____

通过在下方相应空格处**签写姓名首字母**，即表明我特别授权披露以下健康信息（如果这些信息存在）：

____药物/酒精诊断、治疗或转诊信息
____心理健康相关信息
____艾滋病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) 相关记录
____遗传检测信息

该授权将在一 (1) 年后或发生以下事件时到期：_____。

我可以通过向诊所或我接受服务的站点提交书面撤销书，以书面形式撤销此授权。我明白，此撤销不适用于那些在此授权下已被披露的信息。

我可以拒绝签署这份授权书。拒绝签署这份授权书将不会影响我获得治疗或支付的能力，也不会影响我享受福利的资格。我可以查阅或复制在此授权下被使用和/或被披露的任何信息。

我明白，如果接收这些信息的个人或实体不是受联邦隐私法规所管辖的健康护理供应商或健康计划，该信息可能会被再次披露并不再受到这些法规的保护。然而，联邦或本州的法律可能会禁止信息接收者披露所收到的信息。

我明白，如果我自己或我的律师请求获取这些记录，我们将需要缴纳一定的费用。请求将这些记录发送给另一家医疗供应商将不会产生费用。

_____ _____
客户签名 日期

_____ _____ _____
私人代表签名 日期 与客户的关系

健康信息服务
信息披露授权书