

医疗记录部门
电话: (970) 491-2349
传真: (970) 491-0226

信息交换
INFORMATION EXCHANGE

姓名: _____ 日期: _____

CSU ID 号: _____ 出生日期: _____ 电话: _____

我允许 CSU 健康网络 _____ CSU 健康网络
(CSU 健康网络员工)

通过口头或书面方式, 与 _____

_____ 交换信息, 其电话号码/地址是: _____
(教授、父母等。)

在下面描述要讨论的条件和您希望本授权包含的服务日期。**注:** 本授权仅在指定方之间, 对于描述的状况和病患指定的时间段内的交流有效。

病患/客户 (或个人代表) 签名

CSU 健康网络员工签名

仅限官方使用

- 本授权有效期为 180 天, 提前撤消除外。
- 因为本授权从属于特定的正在发生的状况, 因此会在您当前在科罗拉多州立大学注册期间一直有效, 提前撤消除外。

