

同意/授权获取或发布受保护的健康信息 (PHI)

CONSENT/AUTHORIZATION TO ACCESS OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

姓名 (请正楷填写) _____ 名 _____ 中间名 _____

 出生日期 _____ CSU ID 号 _____ 电话号码 _____

请注意: 对于 CSU 健康网络要求的受保护的健康信息, 可能要汇总心理健康和/或咨询记录以及复印医疗记录。不包括来自校外医疗提供者的所有记录或与从第三方获取的信息有关的笔记, 除非下文明确要求。

我请求 CSU 健康网络发布我的记录给以下人员或机构:
 我请求以下机构发布我的记录给 CSU 健康网络。

姓名: _____
 地址: _____
 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____
 电话: _____ 传真: _____

勾选所有适用的方框
CHECK ALL BOXES THAT APPLY

局限于特定疾病/损伤/心理健康 (描述状况或大概日期)。/Limited to records regarding specific illness/injury/mental health (state condition or approximate dates).

所有医疗记录/All Medical Records 包括来自校外医疗提供者的记录/Include records from outside providers
 心理健康记录/Mental Health Records 账单/Billing 仅限于研究室/Lab Only 咨询记录/Counseling Records
 学习障碍/注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 评估/Learning Disability/ADHD Evaluation DAY 计划/DAY Program
 仅限于 X 光光片/X-Ray CD Only 其他: /Other: _____

使用或披露受保护的健康信息出于以下目的:

咨询转介 另一个医疗提供者 代理人
 个人记录 保险
 其他: _____

我理解, 出于个人、代理人或保险目的复印/汇总记录需要收取费用。根据科罗拉多州立法规, 复印收费是最初 10 页收取 14.00 美元; 第 11-40 页收取 0.50 美元每页; 剩余的页面收取 0.33 美元每页。CSU 健康网络收取 25.00 美元的汇总费用。与转介无关的 X 光光片收费 6.00 美元。如果您收到记录的汇总和复印件, 您要支付这两项的费用。

1. 我理解，发布的信息可能包括以下相关信息：艾滋病病毒（获得性免疫缺陷综合症病毒）或其他性传播疾病的诊断和治疗、心理健康或精神病治疗、或者毒品或酒精教育和治疗记录。我明确授权发布与此类诊断、测验或治疗有关的所有健康医疗信息。
2. 我理解，授权使用或披露上述信息是自愿的。我不需要签署此表格来保证获得健康护理治疗。CSU 健康网络全体工作人员不会根据我是否授权所要求的使用或披露，决定我的治疗、付款、加入健康计划或获得保险赔偿费的资格（如果适用），除非：1) 如果治疗与研究相关或 2) 仅出于创建 PHI 并向第三方提供 PHI 之目的提供医疗保健服务。
3. 我理解，我可以随时书面取消此授权，除非在遵从行为已实施范围内，或者如果我的授权作为获得保险承保和承保人有法定权利争取索赔的条件授予。不需我的明确取消，此授权在披露需求满足后将自动到期，期限不超过自签署之日起的 180 天。我理解，此授权将不适用于我签署之日后提供的医疗。
4. 科罗拉多州立大学系统理事会 (Board of Governors of Colorado State University System)、科罗拉多州立大学和 CSU 健康网络不对接收信息者对依据此授权发布的信息的披露负责。
5. 我理解，存在依据此授权披露的信息被接收者再次披露，且不再受联邦或州法律保护的可能性。
6. 使用传真复印件具有与原始文件相同效力。

我已经阅读并确认，我理解此请求的条款和条件。根据此项要求，我免除两个机构的责任。

病患/客户（或个人代表）签名

日期

时间

私人代理人授权说明

至接收者：已向您披露的此信息摘自其保密性受联邦和州法律或法规保护的记录，这可以禁止您进一步披露此信息，除非获得信息所有人的书面同意，或者获得此类法律或法规另外批准。发布医疗或其他信息的一般授权不足以授权此目的。

已收到此填写完毕的授权的复印件。_____

仅限官方使用

给出的信息：_____

填表者：_____

日期：_____