

面向第三方披露患者医疗信息的授权书

请正楷填写患者信息

姓氏	名字	中间名首字母缩写
治疗时的姓名（如果与上述不同）		
出生日期（年月日）	电话号码	电子邮件（可选）
街道地址	城市和州	邮政编码

服务地点（仅勾选您接受服务的地点）

☐ The Mount Sinai Hospital	☐ New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	☐ Mount Sinai Doctors:
☐ Mount Sinai Beth Israel	☐ The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	☐ Brooklyn
☐ Mount Sinai Brooklyn	☐ Mount Sinai- Behavioral Health Center	☐ Bronx/Westchester
☐ Mount Sinai Morningside	☐ Mount Sinai-Union Square	☐ Manhattan/Queens
☐ Mount Sinai Queens		☐ Staten Island
☐ Mount Sinai South Nassau		☐ Florida
☐ Mount Sinai West		☐ Long Island
		☐ 其他（请注明）：

请填写信息并勾选所有适用的框

申请的记录/信息	服务日期	服务地点
☐ 住院就诊记录：		
☐ 出院小结		
☐ 手术报告		
☐ 完整记录		
☐ 其他：		
☐ 门诊手术		
☐ 手术报告		
☐ 完整记录		
☐ 其他：		
☐ 急诊科 (Emergency Department, ER)		
☐ 门诊医师办公室就诊记录：		
☐ 诊疗医生姓名：		
☐ 门诊诊所就诊记录：		
☐ 诊所名称：		
☐ 检查结果：		
☐ 心导管报告	☐ 放射学报告	☐ 病理报告
☐ 心脏导管影像	☐ 放射学诊断图像	☐ 病理切片
☐ 其它（请注明）：		
需披露的记录：	☐ 包含 ☐ 不包含	人体免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 相关信息
	☐ 包含 ☐ 不包含	酒精与药物滥用记录
	☐ 包含 ☐ 不包含	精神科病历
	☐ 包含 ☐ 不包含	基因检测结果

授权向以下对象披露记录

☐ 医疗保健提供者

☐ 律师

☐ 执法机构

☐ 法院

☐ 保险公司或指定人员

☐ 其他

☐ 雇主

姓名

地址

披露原因：

☐ 患者要求

☐ 福利申请

☐ 其他：

请勾选所需格式/递送方式

☐ 纸质/邮寄

☐ 光盘/邮寄

☐ PDF/电子邮件

接收记录的电子邮箱（必填）：

我们不会将您是否签署本授权书作为决定治疗或费用支付的条件。但如果您拒绝签署，我们将无法提供您的病历记录。

本人了解此授权自该日期起一年内有效，或直至 _____，并且本人可以随时撤销此授权，除非 Mount Sinai 已经根据本人的授权采取行动。

本人了解，申请复印病历需按法律法规支付复制费用；若本人不愿支付该费用，有权修改或撤回申请。

特别说明

本人清楚此次授权可能涉及披露以下内容：酒精与药物滥用记录、精神科诊疗记录，以及 HIV 相关信息（包括本人是否接受过 HIV 检测、是否感染 HIV、患 HIV 相关疾病或艾滋病 (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS)，或是否可能接触过 HIV）。

如果本人授权披露 HIV/AIDS 诊疗、酒药成瘾治疗或心理健康治疗相关信息，除非联邦或州法律允许，未经本人另行授权，接收方不得再次披露该等信息。本人亦有权要求获取一份名单，知晓哪些主体在未获本人授权的情况下，接收或使用过本人的 HIV 相关信息。如果您因发布或披露 HIV 相关信息而受到歧视，您可以拨打 800-523-2437 或 212-480-2493 联系纽约州人权部 (New York State Division of Human Rights)，或拨打 212-306-7450 联系纽约市人权委员会 (New York City Commission on Human Rights)。

签署本授权书，即表示本人同意以上述方式使用或披露本人的受保护健康信息。若法律未要求本表格所列接收方保护该等信息涉及的患者隐私，且该等信息不再受联邦健康信息隐私条例保护，则该等信息可能会被再次披露。

患者、* 监护人或代表**

正楷姓名

签名

日期

时间

与患者关系或“本人”

地址

电话号码

将填妥的表单发送到下面列出的最合适区域

地点	地址	电话号码
The Mount Sinai Hospital	The Mount Sinai Hospital HIM/医疗记录 One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	212-241-7607
Mount Sinai Beth Israel	Mount Sinai Beth Israel 健康管理/医疗记录 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Brooklyn	Mount Sinai Brooklyn 健康管理 3201 Kings Highway, Brooklyn, NY 11234	718-951-2806
Mount Sinai Morningside	Mount Sinai Morningside 健康管理 1090 Amsterdam Avenue, 13th Floor, Suite B, New York, NY 10025	212-523-3265
Mount Sinai Queens	Mount Sinai Queens HIM/医疗记录 25-10 30th Avenue, Long Island City, NY 11102	718-808-7683
Mount Sinai South Nassau	Mount Sinai South Nassau 健康管理 One Healthy Way, Oceanside, NY 11572	516-632-3907
Mount Sinai West	Mount Sinai West 健康管理 1000 Tenth Avenue, New York, NY 10019	212-523-6623
New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai	New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai 医疗记录 310 East 14th Street, New York, NY 10003	212-979-4352
The Blavatnik Family Chelsea Medical Center	The Blavatnik Family Chelsea Medical Center 健康管理 325 West 15th Street, New York, NY 10011	212-604-6045
Mount Sinai-Behavioral Health Center	Mount Sinai-Behavioral Health Center 健康管理/医疗记录 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai-Union Square	Mount Sinai-Union Square 健康管理/医疗记录 Attn: Outpatient Team 150 East 42nd Street, Fifth Floor, Section D, New York, NY 10017	212-420-2665
Mount Sinai Doctors	致电联系相应机构获取地址信息 或 Mount Sinai Doctors 医疗记录 One Gustave L. Levy Place, Box 1111, New York, NY 10029	通过在浏览器输入以下网址联系相应诊疗机构或在线申请获取您的记录： swellbox.com/mtsinai-wizard.html