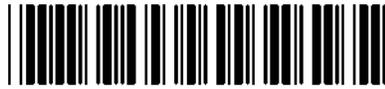




Adventist Health  
Portland

MR 1470



Adventist Health Portland

第 1 页, 共 1 页

打印

清空内容

账号  
病历号  
姓名  
出生日期

患者身份信息

**使用和披露 OHSU HEALTH MYCHART 中 ADVENTIST HEALTH PORTLAND 患者的受保护健康信息授权**

**务必**填写此表格的所有部分, 否则授权不予接受。

本人, \_\_\_\_\_, 特此授权 Adventist Health Portland 向以下人员披露  
(患者姓名)

并提供 OHSU Health MyChart 中有关本人的健康信息:

\_\_\_\_\_  
(授权接收人姓名)

协助和/或参与本人的护理。本人理解, 通过签署本文件, 即视为同意向他人披露和提供本人的健康信息, 使该个人与本人一样有权获取 OHSU Health MyChart 中提供的相同的健康信息和服务。

本人理解, 如果本人不希望 Adventist Health Portland 向授权接收人披露以下任何类型的信息, 本人不应该签署此授权书。本人理解, 如果本人不签署此授权书, 本人可获得的医疗保健服务或服务报销不会受到任何不利影响。

如果本人愿意授权上述人员接收和访问本人的所有健康信息来使用 MyChart 服务, 包括任何 HIV、心理健康、基因检测和药物滥用信息 (无论此等信息是否存在或包含在本人的记录中), 本人将在下面的每个空格中 **草签** 本人的姓名:

- \_\_\_\_\_ HIV/AIDS 信息
- \_\_\_\_\_ 心理健康信息
- \_\_\_\_\_ 基因检测信息
- \_\_\_\_\_ 药物/酒精诊断、治疗或转诊信息

本人理解, 在上述每个空格中草签本人姓名, 即视为本人授权 Adventist Health Portland 向上述授权接收人披露并提供此等信息。

本人理解, 根据此授权书使用或披露的信息可能会被再披露, 在这种情况下其不再受联邦法律保护。本人亦理解, 联邦或州法律限制再披露 HIV/AIDS 信息、心理健康信息、基因信息以及药物/酒精诊断、治疗或转诊信息。

本人理解, 本人可以随时以书面形式撤销或取消此授权书。如果本人撤销或取消此授权书, 不得继续将本人在 MyChart 系统中的健康信息披露或提供给上述授权人。本人理解, 经本人许可已经进行的任何使用或披露都是无法撤销的。

**本人已仔细阅读并理解此授权书的内容。**

签署人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 时间: \_\_\_\_\_  
(患者或患者代表签字)

患者代表权限说明: \_\_\_\_\_

除非提前撤销, 否则此授权书在 OHSU Health MyChart 账户终止后失效。

若要撤销或取消此授权书, 请向您最初获得 OHSU Health MyChart 访问权限的诊所发送一份书面声明, 表明您希望撤销此授权书。若要立即阻止对 MyChart 记录的访问, 请按照 MyChart 说明中的程序进行操作。

# MyChart

## 信息披露授权书

### 说明：

此授权书允许 Adventist Health Portland 通过 MyChart 服务向您指定的其他人员提供有关您的健康信息。为了让 Adventist Health Portland 向您以外的人员披露某些类型的信息，此授权书是必要的。

您没有义务签署此授权书。

如果您未签署此授权书，Adventist Health Portland 将无法通过 MyChart 系统向您以外的任何人员披露您的健康信息。

如果您签署了此授权书，MyChart 服务将允许您指定并授权接收和访问有关您的健康信息的人员访问 MyChart 中**所有**有关您的信息。MyChart 服务无法阻止其他（您已授权的）人员查看您的健康记录中包含的特定类型或类别的信息，无论此等信息是关于您上次就诊的时间和日期、实验室检测结果，还是可能受到法律特别保护的信息。由于 MyChart 无法阻止或隐藏特定类别或类型的信息（包括您的 MyChart 记录中可能包含的受法律特别保护的信息），您必须授权 Adventist Health Portland 将您在 MyChart 中的**所有**健康信息披露给您指定和授权的人员，并提供访问权限，以便 Adventist Health Portland 向（您已授权的）该其他人员提供 MyChart 服务。

在俄勒冈州，HIV、心理健康、基因检测和药物滥用信息受到法律的特别保护。根据具体情况，法律可能要求 Adventist Health Portland 获得披露这些信息的具体许可。如果您有任何包含或提及 HIV、心理健康、基因检测或药物滥用的健康信息或记录，法律可能会要求 Adventist Health Portland 获得您披露此等信息的特定许可，然后 Adventist Health Portland 才能向您以外的特定人员披露或提供此等信息。

为了有效授权 Adventist Health Portland **披露**并提供您所有的 MyChart 健康信息，您必须特别授权 Adventist Health Portland 公开任何 HIV、心理健康、基因检测和药物滥用信息，无论此等信息是否存在或包含在您的记录中。授权书中有一些空格，您可以草签姓名，特别授权 Adventist Health Portland 披露此等信息。

如果您未签署此授权书，您获得医疗保健服务或服务报销的资格将不受影响。拒绝签署授权书意味着您将无法获得医疗保健服务的唯一情况是，医疗保健服务仅用于向其他人员（如雇主或保险公司）提供健康信息，并且 Adventist Health Portland 有必要披露此等信息。

您拒绝签署授权书不会对您参加健康计划或获得健康福利的资格产生不利影响，除非需要披露待授权的信息以确定您是否有资格参加健康计划。

您可以随时以书面形式撤销或取消此授权书。如果您撤销或取消此授权书，则不得继续将您在 MyChart 系统中的健康信息披露或提供给上述授权人。当然，经您许可已经进行的任何使用或披露都是无法撤销的。

要撤销或取消此授权书，请向您最初获得 OHSU Health MyChart 访问权限的诊所发送一份书面声明，表明您希望撤销此授权书。要立即阻止对您的 MyChart 记录的访问，请登录 MyChart，单击 MyChart 主页上的“View Other Accounts”（“查看其他账户”）链接，然后单击要取消其访问权限者的“Revoke Access”（“取消访问”）链接（此等取消立即生效）