

## 患者保密沟通申请

患者姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 城市/州/邮政编码： \_\_\_\_\_

最容易联系到的电话号码： \_\_\_\_\_

此为：  新申请                       变更之前的申请                       撤销之前的申请

我要求卓护医疗中心同意以下保密沟通申请（请勾选首选递送方式、地址或电话号码）：

申请保密处理的信息： \_\_\_\_\_

递送地址： \_\_\_\_\_

电话： \_\_\_\_\_

其他（请说明）： \_\_\_\_\_

通过签署这份授权表格申请卓护医疗中心对我的医疗信息进行保密沟通，我知道：

- 我可以申请以其他方式或在其他地点接收有关我受保护健康信息的通信。
- 如果我的申请被批准，则本申请将只适用于我以上指定的信息和通信类型（地址、电话、其他）。
- 卓护医疗中心将同意所有合理申请，并且如果接受申请，卓护医疗中心将以符合此申请的方式与我进行沟通。
- 如果卓护医疗中心不接纳我的申请，其将通知我并告知理由。
- 我有权随时撤销或修改该申请。申请必须以书面形式提出，并提交给适用的卓护医疗中心的医疗办公室，或邮寄给健康管理部主任，地址如下：55 Water St., 12<sup>th</sup> Floor Rm 12G09, New York, NY 10041.
- 除非另行撤销或修改，本限制将在以下日期/事件/条件下失效：  
\_\_\_\_\_。如果我未说明失效日期/事件/条件，本授权将在签署之日起 6 个月后失效。

## 患者保密沟通申请

- 在紧急情况下，卓护医疗中心将首先尝试按上述申请的方式与我进行通信。如果无法联系到我，卓护医疗中心将尝试以其他方式与我进行通信。
- 我知道签署本申请为自愿行为。不得以我是否签署本申请为条件来决定治疗、付款、投保或享受福利的资格。
- 可将填好的表格：

1. 投递给卓护医疗中心的医疗办公室，标明收件人：惯例管理员或

2. 邮寄给：

隐私官

卓护医疗中心

55 Water Street, 12<sup>th</sup> Floor, Rm 12H92

New York, NY 10041

\_\_\_\_\_  
患者或授权代表的手写签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者或授权代表的正楷姓名

\_\_\_\_\_  
与患者的关系或授权代表的权限

### 仅供卓护医疗中心使用

收件日期：（年/月/日） \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

收件人（正楷）： \_\_\_\_\_

由医疗办公室扫描给健康信息管理部

对申请的处理： \_\_\_\_\_ 批准 \_\_\_\_\_ 拒绝（通知申请者）

拒绝理由： \_\_\_\_\_

如果拒绝申请，则通知申请人的时间为（年/月/日） / \_\_\_\_/ \_\_\_\_