



WCB 案件编号 (若已知): \_\_\_\_\_

**致索赔人:** 如果您因同一身体部位曾有的伤害或与当前索赔中类似的疾病而接受过治疗, 请填写此表。此表允许您在下方列出的医疗服务提供者向雇主的劳工赔偿保险公司披露有关您以前所受伤害/所患疾病的健康信息。联邦 HIPAA 法 (1996 年版《健康保险可转移性与责任法案》) 规定, 您有权获得此表的副本。如果您不理解此表的内容, 请与您的法律代表联系。如果您没有法律代表, 则劳工赔偿局的工伤律师将为您提供帮助。请致电: 800-580-6665。

**致医疗服务提供者:** 这份遵照 HIPAA 的披露书允许披露索赔人的健康信息。如果您依照披露书向索赔人雇主的劳工赔偿保险公司递交病历, 请同时邮寄副本给索赔人的法律代表。(如果以下未列出法律代表, 请寄送给索赔人。) 医疗服务提供者在披露病历时必须遵守纽约州法律和 HIPAA 法案的规定。

此披露书具有:

- **自愿性。** 无论您是否签署此表, 您的医疗服务提供者都必须为您提供相同的医疗照护、付款条件和权益。
- **限制性。** 它只允许您的医疗服务提供者披露与您下方描述的曾患疾病相关的病历内容。
- **临时性。** 当您的最新索赔诉讼确立, 或索赔被驳回且所有上诉途径均已用尽时, 披露书即会失效。
- **可撤销性。** 您可以随时撤销本披露书。若要撤销, 请向表中所列的医疗服务提供者发送撤销信函。同时分别抄送雇主的劳工赔偿保险公司和劳工赔偿局。说明: 对于已经提供的病历, 则将无法撤销。
- **仅适用于病历。** 此表允许所列的医疗服务提供者将您的病历提供给雇主的劳工赔偿保险公司。

此表不允许医疗服务提供者披露以下信息:

- **HIV 相关信息**
- **心理治疗记录**
- **戒酒/戒毒治疗**
- **精神健康治疗** (您在下方勾选时除外)
- **口头信息** (您的医疗服务提供者不得与任何人讨论您的健康信息)

披露的任何病历都将存入劳工赔偿档案, 依据《劳工赔偿法》, 这些信息属于私密信息。

**A. 您的信息 (索赔人)**

1. 姓名: \_\_\_\_\_
2. 社会安全号码: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. 邮寄地址: \_\_\_\_\_
4. 出生日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
5. 当前受伤/患病的日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. 当前的伤/病, 包括所有受伤的身体部位: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. 您的法律代表的姓名和地址 (若有): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

如果您允许医疗服务提供者披露精神健康信息, 请勾选本项。

**B. 您的医疗服务提供者** (列出曾经为您同一身体部位所受伤害或类似疾病而治疗过的所有医疗服务提供者。如果超过 2 名, 请在此表上另附联系信息。)

1. 提供者: \_\_\_\_\_
2. 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. 邮寄地址: \_\_\_\_\_
4. 其他提供者 (若有): \_\_\_\_\_
5. 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. 邮寄地址: \_\_\_\_\_

**C. 请仔细阅读并在下面签字。** 本人特此要求以上所列医疗服务提供者向本人雇主的劳工赔偿保险公司提供与上述所有身体部位所受伤害/所患疾病相关的全部病历。

索赔人签字 (请手写, 并尽量使用蓝色圆珠笔。)

日期

**如果索赔人不能签字, 其代表必须填写以上内容并签字:**

您的姓名

与索赔人的关系

签字 (请手写, 并尽量使用蓝色圆珠笔。)

日期