

WTC HIPAA 授權書



Workers' Compensation Board

世界貿易中心志願者《健康保險流通與責任法案》授權書

患者姓名 (僅使用墨水筆 — 盡量用圓珠筆)

出生日期 (月月/日日/年年年年)

社會安全號碼

郵寄地址

城市

州

郵政編碼

本授權書允許 Workers' Compensation Board 和世界貿易中心衛生組織，出於協調您作為世界貿易中心志願者的福利之目的，收到包含您的受保護健康資訊的醫療保健記錄之副本。這份表格不會允許您的醫療保健提供者與任何人討論您的醫療保健資訊。

本授權書是自願的。不管您是否在這份表格上簽字，您的醫療保健提供者都必須為您提供相同的護理、付款條款和福利。您有權獲得本授權書的副本。

本授權書會在完成提供給您作為 WTC 志願者之福利的協調工作後過期。

您有權隨時以書面形式撤銷本授權書，但如果獲得授權的個人或實體已經依據本授權書採取行動，撤銷則不會是有效的。如要撤銷本授權書，請向列於本表格的醫療保健提供者發送信函。除此之外，還請向 Workers' Compensation Board 發送一份本信函的副本。

收到被披露的資訊之人可再次披露該資訊（下列關於酒精/藥物治療、HIV/AIDS、心理健康治療和心理治療筆記之資訊除外），被披露的資訊也不再受 HIPAA 隱私規則的保護。

除非您有在下方明確說明，本授權書不允許披露關於酒精/藥物治療、HIV/AIDS、心理健康治療和心理治療筆記的資訊。勾選可被披露的資訊：

酒精/藥物治療

HIV/AIDS

心理健康治療

心理治療筆記

披露醫療記錄的醫療保健提供者必須遵守紐約州法律和 HIPAA。本 HIPAA 合規授權書的副本允許您的提供者披露包含關於您當前狀況之個人健康資訊的記錄，該狀況是您作為世界貿易中心志願者申請福利索賠的事項。

醫療保健提供者的姓名

電話號碼

郵寄地址

城市

州

郵政編碼

其他醫療保健提供者的姓名 (如有)

電話號碼

郵寄地址

城市

州

郵政編碼

本人特此授權在上文列出的醫療保健提供者，出於協調提供給本人的福利之目的，向 Workers' Compensation Board、世界貿易中心衛生組織和 9 月 11 日受害者賠償基金披露本人的健康記錄之副本（僅）。

患者的簽名

日期 (月月/日日/年年年年)

工整書寫姓名

如果患者無法簽字，代表他或她簽字的個人必須填寫以下內容並簽字：

您的姓名

簽名

與患者的關係

日期 (月月/日日/年年年年)