

# WTC HIPAA 授权书



Workers'  
Compensation  
Board

## 世界贸易中心志愿者《健康保险流通与责任法案》授权书

患者姓名 (仅使用墨水笔 – 尽量用圆珠笔) \_\_\_\_\_ 出生日期 (月/日/年) \_\_\_\_\_ 社会安全号码 \_\_\_\_\_

邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

本授权书允许 Workers' Compensation Board 和世界贸易中心卫生组织，出于协调您作为世界贸易中心志愿者的福利之目的，收到包含您的受保护健康信息的医疗保健记录之副本。这份表格不会允许您的医疗保健提供者与任何人讨论您的医疗保健信息。

本授权书是自愿的。不管您是否在这份表格上签字，您的医疗保健提供者都必须为您提供相同的护理、付款条款和福利。您有权获得本授权书的副本。

本授权书会在完成提供给您作为 WTC 志愿者之福利的协调工作后过期。

您有权随时以书面形式撤销本授权书，但如果获得授权的个人或实体已经依据本授权书采取行动，撤销则不会是有有效的。如要撤销本授权书，请向列于本表格的医疗保健提供者发送信函。除此之外，还请向 Workers' Compensation Board 发送一份本信函的副本。

收到被披露的信息之人可再次披露该信息（下列关于酒精/药物治疗、HIV/AIDS、心理健康治疗和心理治疗笔记之信息除外），被披露的信息也不再受 HIPAA 隐私规则的保护。

除非您有在下方明确说明，否则本授权书不允许披露关于酒精/药物治疗、HIV/AIDS、心理健康治疗和心理治疗笔记的信息。勾选可被披露的信息：

酒精/药物治疗

HIV/AIDS

心理健康治疗

心理治疗笔记

披露医疗记录的医疗保健提供者必须遵守纽约州法律和 HIPAA。本 HIPAA 合规授权书的副本允许您的提供者披露包含关于您当前状况之个人健康信息的记录，该状况是您作为世界贸易中心志愿者申请福利索赔的事项。

医疗保健提供者的姓名 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

其他医疗保健提供者的姓名 (如有) \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

本人特此授权在上文列出的医疗保健提供者，出于协调提供给本人的福利之目的，向 Workers' Compensation Board、世界贸易中心卫生组织和 9 月 11 日受害者赔偿基金披露本人的健康记录之副本（仅）。

患者签名 \_\_\_\_\_ 日期 (月/日/年) \_\_\_\_\_

工整书写姓名

如果患者无法签字，代表其签字的个人必须填写以下内容并签字：

您的姓名 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_ 与患者的关系 \_\_\_\_\_ 日期 (月/日/年) \_\_\_\_\_