

# 披露受保护的健康信息 (PHI) 的授权书



有关您以及您个人健康状况的信息被称作“受保护的健康信息 (PHI)”，其性质敏感。未经您的书面同意，CareOregon 等健康计划不得使用或向他人披露 PHI。您可以使用本表格同意他人使用及披露您的 PHI。要使本表格生效，您必须填写标有星号 (\*) 的每一项

## 会员信息

我的姓名 (请用正楷填写会员姓名): \_\_\_\_\_  
我的出生日期 (或 CareOregon ID): \_\_\_\_\_  
我同意 CareOregon 使用我的 PHI 或将其披露给:  
个人或组织: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_  
电话号码: \_\_\_\_\_  
与会员的关系: \_\_\_\_\_  
我申请使用或披露我的 PHI, 原因是 (列出理由): \_\_\_\_\_

- 我专门申请本次披露且不便说明具体原因  
\*待披露的我的 PHI 包括:  所有项目, 或  仅限于我在下面勾选的项目:
- 事先授权  账单记录  
 理赔  药物  
 健康计划记录  福利  
 其他 (请说明您申请的具体信息/文件): \_\_\_\_\_

开始日期: \_\_\_\_\_ 结束日期: \_\_\_\_\_

活动 (选填) \_\_\_\_\_

(例如若您于 2011 年 6 月去医院看病)

我授权披露的其他信息: 下列三类 PHI 受其他法律保护。只有当我在本表格下面的空白处简签后, CareOregon 才能披露本 PHI。若我未在此处简签, 则 CareOregon 不得披露。

简签	PHI 类型
	有关 HIV/AIDS 检测的任何信息 (包括我是否接受过检测) 以及检测结果和其他检测记录。
	我的任何精神健康信息 (不包括精神治疗医嘱)。
	有关药物或酒精诊断、治疗或转诊的任何信息。(我还理解, 联邦法律规定, 除非我向对方给予书面授权, 否则向 CareOregon 取得药物或酒精信息的任何人士都不得将其披露给其他人)。

## 我理解自己就本同意书享有的权利：

- 我可以要求 CareOregon 客户服务部的人帮助我理解本表格的用途。
- 我了解，若取得本 PHI 的个人或组织并非联邦隐私法律涉及的医疗保健提供者或健康计划，则他们可能会分享上述 PHI。在此情况下，我的 PHI 将不受有关法律保护。
- 我了解，在社交媒体平台（如脸书、Instagram、推特、Pinterest）分享健康信息并不安全。我在社交媒体平台上参与群组、接受邀请、提交内容或评论等行为不受联邦隐私法律保护。
- 我签署了本表格，意味着我可以查看被披露的任何 PHI 或取得其副本。
- 签署本表格，并非获得健康护理、取得健康护理报销以及获悉我是否有资格取得 CareOregon 福利或参保 CareOregon 的前提条件。
- 我可以通过书面形式撤销本授权，但 CareOregon 已经依赖本授权开展行动的除外。
- 我可以随时改变主意并撤销许可。若我改变主意，我必须写信到下列地址，以书面形式告知 CareOregon：

收件人：

Enrollment Department  
CareOregon  
315 SW Fifth Ave  
Portland OR 97204

若我改变主意并撤销本同意，我理解我的 PHI 可能已经被使用或披露。

## 我对披露 PHI 的同意是有限的

除非我改变主意并签署新的授权书，否则我对披露 PHI 的同意将于下列日期终止（勾选一项）：

- 自我签署本表格之日起 365 天，
- 发生本事件时（列出具体事件）\_\_\_\_\_
- 或在本日期（列出具体日期，或注明“no end date（无终止日期）”）：\_\_\_\_\_
- 我申请在签署本表格之后取得一份表格副本以供备案。

\*我的签名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

我的正楷姓名：\_\_\_\_\_

\*若他人替代会员签字，需提供授权书或授予该许可之其他法律文件的副本。

通过传真将填妥的表格发送到：

503-416-3723

或

邮寄至：

Enrollment Department  
CareOregon  
315 SW Fifth Ave  
Portland OR 97204

修订于 2023 年 4 月 27 日