

大休斯顿地区 Healthconnect 患者授权书

_____ [患者姓名] 加入Healthconnect，一家为参与各方提供的安全电子网络的非盈利性机构，包括医生诊所，医院，实验室，药房，放射中心以及 医保的支付方（比如健康保险公司），让各方共享您受保护的医疗信息（即PHI）。Healthconnect 目前参与方的名单可以在 www.ghhconnect.org 上获取。当您加入Healthconnect时，您的医生可以在所有Healthconnect 参与方中电子检索您的PHI，并在治疗时使用该信息。Healthconnect 并不改变谁能看到您的信息---它使得您的信息以新的方式得到共享。所有Healthconnect 参与方都必须依据州和联邦的法律保护您的隐私。

如果您选择不加入Healthconnect，您的治疗与获取福利的资格不会受到任何影响。

在签署该授权书时，您同意让Healthconnect 目前和未来的参与方以电子方式在 Healthconnect 范围内使用和透露您受保护的医疗信息，**仅为治疗，付款和医疗运营的有限目的**。您明白，Healthconnect可以和德州以及全国其他的医疗信息交换平台相连接，这些机构都必须依据州与联邦的法律保护您的隐私，您授权Healthconnect 与这些平台为 同样的有限目的分享您的信息。

可通过Healthconnect分享的有关您的医疗信息包括：

- 诊断（疾病或问题）
- 治疗的临床总结与医疗记录的拷贝
- 检验结果，X 光片及其他检查
- 药物服用信息（目前与过去）
- 个人信息，比如姓名，地址，电话，性别，种族与年龄
- 医疗服务提供方的名称和服务日期
- 有关酗酒，滥用毒品，以及心理和行为健康方面的治疗
- HIV/艾滋病的检测结果与治疗
- 乙肝和丙肝的检测结果与治疗
- 基因检测结果与治疗
- 基因组测序信息，如果患者提供
- 家族病史，如果患者提供

除非您将其撤销，该授权书持续有效。您可以在任何时候以书面通知的形式通知任何Healthconnect的参与方以撤销该授权。您的撤销将在三天内生效。您明白，撤销该授权不影响在您授权有效时已经共享的PHI。

患者姓名： _____

授权人签名： _____ 日期： _____

姓名（如果不同于患者）： _____ 与患者关系： _____

_____ 如果您不想让您的医疗提供方通过Healthconnect看到您的记录，请在此用首字母缩写签名。

2013年11月经Healthconnect 董事会批准。

