



對簽約醫療機構的病人同意書

_____ (「_____」)

我已收到題為「布碌崙健康資訊交流中心：便覽」的文件，該文件解釋了布碌崙健康資訊交流中心（「BHIX」）如何發揮作用，如何運作以及我可以如何允許醫院、護理院、家庭護理中心和其他參加 BHIX 的醫療機構查閱關於我的醫療資訊。如果我以病人合法代表的身份在本表上簽字，我瞭解，本表中所有提及「我」之處均指病人。

參與醫療的每一家醫療機構（「簽約醫療機構」）必須分別徵得我的同意，才能經由 BHIX 查閱我的醫療資訊。[_____]是參加 BHIX 的簽約醫療機構。我瞭解，如果我在下文給予同意，即表示特此授權 [_____]，包括經 [_____] 授權可以使用 BHIX 的所有個人，可以經由 BHIX 查閱我的醫療資訊。

1. **目的：**我瞭解，我的醫療資訊將僅用於為我提供治療，以及評估和改進 [_____] 對其病人提供的醫護服務品質。
2. **資訊類型：**我瞭解，本同意書允許 [_____] 查閱我的所有醫療資訊，包括但不限於與以下內容相關的敏感資訊：
 - HIV/AIDS
 - 遺傳疾病或基因檢驗
 - 性傳播疾病
 - 心理健康
 - 酒精或藥物濫用治療
 - 計劃生育
3. **健康資訊渠道：**經由 BHIX 獲取的資訊來自多種渠道（下文簡稱「健康資訊渠道」）。這些健康資訊渠道可包括簽約醫療機構、其他醫療機構（如藥房及臨床化驗室）、醫療保險公司、紐約州醫療補助計劃及其他健康資訊交流中心。現有健康資訊渠道的完整名單可上網查閱，網址是：www.bhix.org。隨著 BHIX 繼續擴大，該名單將不時變更。
4. 本同意書允許 [_____] 查閱在我簽署此表之前或之後建立的醫療資訊。我瞭解，[_____] 只能在適用法律及法規允許的範圍內再度披露有關我的資訊。我瞭解，如果我表示同意，我的同意將始終有效，直至我撤銷同意或 BHIX 停止運作為止，以先發生者為準。
5. 我瞭解，如果我改變想法，並希望撤銷同意，我可以簽署一份「撤銷同意書」。如果我撤銷同意，[_____] 將不再能按常規經由 BHIX 查閱有關我的醫療資訊，除非且直至我簽署並填寫新的病人同意書，再次表示同意為止。撤銷同意書對我的同意書有效期間所進行的醫療資訊交流沒有影響。
6. 我瞭解，如果我表示不同意，[_____] 將不會經由 BHIX 查閱醫療資訊，即使在緊急情況下也不例外。
7. 我瞭解，參加 BHIX 純屬自願。如果我表示不同意參加 BHIX，簽約醫療機構不會拒絕為我提供醫療服務，並且我享有醫療保險的資格不會受到影響。
8. 我瞭解，我在本表上簽字後，將收到本表的一份副本。

我特此： 同意 不同意

[_____] 經由 BHIX 查閱源自所有健康資訊渠道的有關我的所有醫療資訊。

病人姓名印刷體

病人出生日期

病人或病人合法代表的簽名

日期

病人合法代表的姓名印刷體（如適用）

病人合法代表與病人的關係