申请访问在指定记录组中保留的受保护健康信息 (PHI)

注意，我们的患者门户 MyChart 为随时访问和打印您的大部分记录提供了一个简便的方法。请考虑使用 MyChart 获取您的记录。

患者姓名：_____
姓氏　　名字　　中间名　　婚前姓或其他曾用名

出生日期：_____-_____-_____ 电话号码：_____
月　日　年

地址：_____

城市：_____州：_ 邮编：_____

电子邮箱地址（如果适用）：_____

将要披露的信息：

- ❑ 所有记录
- ❑ 出院小结
- ❑ 用药记录
- ❑ 其他治疗程序报告
- ❑ 免疫接种记录
- ❑ 图片/视频/记录
- ❑ 病史和体检
- ❑ 病程记录
- ❑ 放射科报告
- ❑ 其他（请说明）：_____
- ❑ 病理学报告
- ❑ 化验单
- ❑ 手术报告/记录
- ❑ 收费明细表

服务日期：_____

格式：　❑ 检查　❑ 纸质版本　❑ 电子版本

注意，电子邮件并非安全的通信方式。如果您愿意承担此风险，我们将根据您的要求通过电子邮件向您发送您的记录。请在上面的空白处填写您的电子邮箱地址。否则，您也可以自行领取记录，或由我们通过美国邮政系统将记录发送至您提供的地址。

将信息披露至：

❑ 本人
❑ 其他人（请注明）：_____

_____

_____

_____

我了解，我将收到此表格的一份副本，并且我的申请将在三十 (30) 天内得到处理。我了解，如果我选中上面的“检查”框，我将需要与我的医疗服务提供方预约时间进行审查，但仅限于要披露的指定信息。

我了解，如果我选中上面的“纸质版本”框，我有责任根据《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 支付基于成本得出的耗材、人工、邮寄和复印等合理费用，并且所申请的信息将按上面注明的地址通过美国邮政服务邮寄给我。

我了解，这份信息披露申请可能会被拒绝，或者因受到缩减而仅有部分信息披露。如果出现此种情况，我有权要求以书面形式向下面列出的隐私办公室提交我的申请，以便由耶鲁大学指定的另一名执证医疗专家对此决定进行复审。

我有权在收到最终拒绝我的记录访问申请的决定后的 180 天内就此事向以下地址提出书面投诉：Privacy Officer, Yale University, P.O.Box 208255, New Haven, CT 06520-8255

_____ _____ 或者 _____ _____
患者签名　日期　父母/法定监护人/授权人员签名　日期

_____
与患者的关系

请通过邮寄、传真或扫描方式将这份完成的表格发送至：