**保護医療情報の使用または開示許可書**

患者氏名： 生年月日：

住所： 電話番号（日中）：

電話番号（夜間）：

**私は、エール大学に対し以下（1つ選択）を許可します。**

**□  以下の人物または組織*に対する*、私の保護医療情報の使用または開示：**

**□  以下の人物または組織*からの*、私の保護医療情報の取得：**

名前：

住所： 電話番号：

ファックス：

開示をご希望の情報（対象期間 **～** ）**：**

|  |  |
| --- | --- |
| * すべての記録 | * 問診報告書／記録 |
| * 病歴および身体所見 | * 処方情報 |
| * 予防接種 | * 右記に関する記録および検査結果：   その他／特記： |
| * 検査報告書 |
| * X線報告書 |

|  |  |
| --- | --- |
| **私は、この医療情報には秘匿すべき情報が含まれることを理解しています。私はこのフォームへの署名をもって、下記に関する情報の開示を明示的に許可します。** | |
| * 薬物乱用治療情報 * AIDS関連の検査など、HIVに関連する情報 * 精神衛生に関する情報   **署名**  日付： | この記録に関しては、コネティカット州一般法典第899章およびアメリカ合衆国法律集第42編において守秘義務が定められています。この情報は、これらの法律の規定に従って書面による同意または許可を得ない限り、何者に対しても伝達されてはなりません。 |

**希望形式：**❑  CD     ❑  紙     ❑  セキュアなファイル転送

**開示目的：**❑  治療     ❑  労災補償     ❑  法的手続き     ❑ 学校  
❑  その他：

1. 私は、この許可が私の最終来院日から2年後に失効する旨を理解しています。このフォームのコピーは、原本と同等の効力を持つと見なされます。
2. 私は、Privacy Officerに書面で通知することによりこの許可をいつでも撤回でき、その通知日時点でこの許可が効力を失う（これに基づいてすでに取られていた措置の影響範囲を除く）ことを理解しています。撤回通知の宛先：HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 私は、この許可に従って使用または開示される情報は受領者によって再開示される可能性があり、連邦のプライバシー規制による保護が適用されなくなる旨を理解しています。ただし、特別に保護されている情報（薬物乱用治療情報や、HIV/AIDS関連情報、精神衛生に関する情報）については、受領者による開示が州または連邦のその他の法律によって禁止されている可能性があります。
4. 私がこのフォームに署名しなかった場合も、私が受ける医療やそれに対する支払いは影響を受けません。
5. 私は、精神障害に対する現行または将来の治療を受ける私の権利が、この許可書への署名を拒否することによって脅かされることがない（ただし情報開示が治療に必須である場合を除く）旨を理解しています。
6. 私は、署名後にこのフォームのコピーを受け取る旨を理解しています。

**私は以下の署名をもって、この許可書を読み、理解したことを認めます。**

または

**患者の署名** **保護者／法定後見人／権限保持者** 日付

患者との関係

**このフォームに必要事項をご記入の上、郵便、ファックス、またはスキャンの上電子的手段で次の宛先までお送りください：**