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

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 208252, New Haven, CT 06520-8252

    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：**Send request to**: Yale Health, P.O. Box 208237, New Haven, CT 06520-8237 or fax to 203-436-5536 or email to yhmedicalrecords@yale.edu.