



主题：

纽约州 MIF 入会编号：

医疗信息披露和使用授权书

本人授权下述任何一方及纽约州医疗损害赔偿基金会（基金会），根据下述说明，出于为本人的孩子提供基金会提供的福利和个案管理目的，使用和披露孩子的任何和全部个人可识别医疗或健康信息，包括其授权代表、代理人 and 指定人员。本人知道：本人授权他人使用或披露的此类信息，可能被接收人根据本授权书的条款二次披露。因此，任何此类信息可能不再受到联邦或州的隐私保护法律法规的相关保护。

本人明确授权下列人士或机构，以任何方式披露本人孩子的个人可识别医疗或健康信息，包括书信往来或电话联系、或者直接面谈（不管本人是否出席或知晓此类联系）：医生、护士、实习护士、医生助理、职业治疗师、理疗师、早期干预方案参与人员、心理学家、社会工作者、营养师、药剂师、脊椎治疗师，任何其他持牌医护人员（或者经过纽约州教育法第 8 节、或其他州或哥伦比亚特区的类似法规认证的医护人员），医院、学校、学前教育计划、社区机构，以及为本人的孩子和第三方付款人提供了、提供或可能提供相关福利的州和/或联邦计划。本人在此授权Alicare Medical Management (AMM) 代表基金会发起和实施此类联系，不管本人是否在场或收到相关通知。

1. **授权披露的信息类型** 本授权书授权披露有关本人孩子的诊断、护理和治疗的全部医疗、健康、心理和/或精神信息、记录和报告。

本人孩子的拟披露信息可能包括（但不限于）医疗或健康记录、图表说明、处方、诊断测试结果、X 光报告，以及其他医疗保健、社区和教育机构提供的记录。

2. **本授权书项下的信息披露方和接收方**

- A. 参与、诊断、治疗或检查本人孩子的任何人士或机构，包括但不限于初级和多学科医疗保健服务供应商、社区机构和教育实体，以及为本人的孩子和第三方付款人提供了、提供或可能提供相关福利的州和/或联邦计划。_____（必要时请填写姓名）将向AMM或其任何代理人、代表或独立承包商提供此类信息。

Medical Indemnity Fund

- B. AMM 可以不经本人的后续授权，向任何下列人士或机构再次披露本人孩子的任何和全部个人可识别医疗或健康信息，不管是否为本授权项下的信息、或者是任何人士或实体提供的其他信息：(a) 参与、治疗、诊断或检查本人孩子的任何人士或机构；(b) 协助本人的孩子获得相关福利的任何人士或机构；(c) 出于相关的健康目的可能需要任何此类信息的独立承包商和服务供应商；(d) 出于相关的健康目的而需要任何此类信息的社会安全总署 (Social Security Administration) 或社会保障或职业康复服务供应商，以及任何州、联邦或地方政府机构，及 (e) 第三方付款人。



- 3. **本授权书的有效期** 本授权书的有效期为本人孩子的纽约州医疗损害赔偿基金会参与期，但不得迟于本人孩子的 18 岁生日 (且在年满 18 岁之日能够独自做出医疗保健决定)。
- 4. **本授权书的撤销** 本人知道：除非联邦或州法律另有规定，否则本人可以向基金会管理人发出书面撤销通知，随时撤销本授权书；基金会管理人收到撤销通知时，本人的撤销即告生效。本人还知道：对于基金会管理人在收到撤销通知之前实施的任何行动，此类撤销不会有任何影响。
- 5. **理赔** 本人知道：为处理本人孩子的理赔事宜，一般要求提供本授权书。本人还知道：未能签署本授权书可能损害或妨碍本人孩子的理赔事宜。
- 6. **拒绝签署本授权书** 本人还知道：本人孩子的医疗保健服务供应商，不会以签署本授权书作为孩子接受治疗、入会或给予会员资格的条件。

本人知道：本人有权要求获得本授权书的副本，有权随时检查已披露的信息。本授权书的复印件应为有效副本，与正本具有相同的法律效力。

会员或会员代表的签名

会员的住址

会员或会员代表的印刷体姓名

会员代表与会员的关系 (如果适用)

会员的社会保障号

签名日期

会员的出生日期