



Authorization to Release Personal Health Information 個人健康資料釋出授權書

本人， _____， 授權下列人士因我的醫療目的聯繫 Health Share of Oregon。我授權 Health Share of Oregon 對我的個人資料， 包括地址、電話號碼、會員號碼、計劃資料和有效日期等進行討論， 以核實資訊與/或做出必要更新與變更。

請（正楷）填寫以下行項。

(姓名) (關係)

(姓名) (關係)

我了解在上列原因之外， 我並不授權對我的資料進行討論。我了解 Health Share of Oregon 只可與上列人士溝通， 除非有另外填好的表格或者法律對該資料有特別的規定。

我了解， 本表格只可由 Health Share of Oregon 使用， 我可能被要求為其他涉及我醫療的機構提交附加的釋出授權。

此釋出授權在本表簽名日期後一（1）年內有效。

X
會員簽名 _____ 日期 _____

會員的 Oregon 健康計劃會員號碼 _____

X
若會員未成年， 其父母、監護人或法定代表的簽名（聲明您與患者的關係） _____ 日期 _____

請將本文件以下列一種方式交回 Health Share of Oregon：



Authorization to Release Personal Health Information

Health Share of Oregon

傳真: 503-459-5749

電郵: info@healthshareoregon.org

郵寄: 2121 Sw Broadway, Ste 200, Portland, Or 97201