

圣贝纳迪诺县 (County of San Bernardino) 行为健康部

查阅医疗记录请求

(请将填妥的表格寄回: MEDICAL RECORDS OFFICE, 850 E. FOOTHILL BLVD, RIALTO, CA 92376)

将信息披露给:

邮寄地址: _____

电话号码: _____ 传真 (选填): _____

如果您不是消费者, 请说明您与消费者的关系*:

* 如适用, 请提供法律任命文件、法院命令或经过公证的遗嘱的副本。

消费者信息

姓名: _____ 婚前姓名 (如适用) _____

地址: _____ 城市: _____

州: _____ 邮编: _____

消费者出生日期: _____ 社会安全号码 (Social Security Number, SSN)

(选填): _____ 电话: _____

查阅/复制所请求的信息

本人希望: 查阅 (阅读和审查) 获得一份副本 获得一份摘要

关于: 心理健康 物质使用障碍治疗 (Substance Use Disorder, SUD)

请描述您想查阅的信息:

诊断 预后 病程记录 药物 所服药物的副作用

治疗日期 评估/鉴定 化验报告 病历——评估

圣贝纳迪诺县
(County of San Bernardino) 行为健康部

其他：请注明“其他”信息及需要这些信息的具体目的：

您希望查阅的信息的日期（例如，诊室就诊、治疗或其他医疗保健服务的日期）。

从：_____ 接收人：_____

- 我们将在复印前告知您复印的费用，并核实您同意支付复印费用。
您希望我们如何通知您（请选一个）：电话信函
- 在特殊情况下，如果我们需要额外时间来回应您的请求，我们会在 15 天内通知您。
- 在特定情况下，我们可能会拒绝允许查阅您的 PHI，或拒绝允许查阅您的部分 PHI。
- 如果我们拒绝查阅请求，我们会将此表退还给您，并附上拒绝查阅请求的书面理由，并说明审查权利。

签名 <input type="checkbox"/> 消费者或 <input type="checkbox"/> 法律代表 日期
见证人 日期

保密的消费者信息

如果根据 Lanterman-Petris-Short 法案（《加州福利与机构法》第 5328 条）需要批准，治疗医生、心理学家、持照临床社会工作者 (Licensed Clinical Social Worker, LCSW) 或持照婚姻及家庭治疗师 (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) 将签字。《联邦法规》第 42 篇第 2 部分。

请仅在白纸上复印/打印。