

# MassHealth 或 Health Connector 记录披露授权书



邮寄地址: MassHealth Privacy Office  
One Ashburton Place, 11th Floor  
Boston, MA 02108

电邮: Privacy.Officer@mass.gov  
网站: mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request

会员或申请人姓名: 姓		名	中间名首字母
出生日期	电话号码	MassHealth ID (或社会安全号码 (SSN) 最后四位)	
地址: 街道 (包括公寓号码 (如适用))			
城市	州	邮编	
电邮			

我特此授权 MassHealth 和 Health Connector 将我的受保护健康信息发送给:

本人  该人士或机构

通过以下方式发送这些记录:  邮寄  安全/加密电子邮件  其他 (请具体说明)

## 使用备用电子邮件/地址

(只有在您希望我们使用与上述地址/电子邮件不同的地址/电子邮件地址时才填写本栏目。)

地址: 街道 (包括公寓号码 (如适用))		
城市	州	邮编
电邮		

## 需要披露的信息

(请选择日期范围)

- 索赔  
(月/年) \_\_\_\_\_ 至 (月/年) \_\_\_\_\_
- 申请人  
(月/年) \_\_\_\_\_ 至 (月/年) \_\_\_\_\_
- 通知  
(月/年) \_\_\_\_\_ 至 (月/年) \_\_\_\_\_
- 其他 (请具体说明内容) \_\_\_\_\_

## 披露目的 (请勾选一项)

- 我的请求  福利  学校  法律  
 其他 (请具体说明)

如果您申请披露饮酒或药物滥用治疗信息, 请勾选本栏目

我理解您有权随时撤销您的我的授权。如果我撤销授权, 这不会影响 MassHealth 在获得我的许可后所做的任何信息披露。我理解如果我撤销本授权, 我必须以书面形式进行。撤销授权申请必须发送至 MassHealth 隐私办公室, 电子邮件 privacy.officer@mass.gov 或上述邮寄地址。

我理解授权披露本健康信息是自愿性的。我使用本表的决定不会影响我的保健计划注册或福利资格。我理解根据本授权使用或披露的健康信息可能被接收方再次披露, 并且不再受联邦保密法规的保护。但是, 可能会禁止接收方披露药物滥用信息。我理解 MassHealth 可能会收取合理的、基于成本的记录生成费用。

本授权将于以下日期/在发生以下事件时到期: \_\_\_\_\_。如果我未指定到期日期或事件, 则本授权从下方所列签名日期起十二个月后失效 (除非我提前撤销)。我已仔细阅读并理解以上内容, 所有疑问均已得到满意的解答, 我在此明确和自愿地授权向上述人员或机构披露上述信息或我的医疗记录。

会员/申请人签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

法定代表签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

用大写字母填写法定代表姓名: \_\_\_\_\_ 与会员/申请人的关系: \_\_\_\_\_

(如果法定代表尚未列入 MassHealth 的记录, 则需提供其代表会员的法律授权证明。)