

更正/修訂受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 的申請

請正楷填寫所有部分：

患者姓名：	中間名或其他名字：	患者出生日期： / /
患者的街道地址：		患者公寓/單元/套房：
患者所在城市：	患者所在州： <input type="checkbox"/> NY <input type="checkbox"/> NJ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> 其他：	患者郵遞區號：
患者電話： <input type="checkbox"/> 手機或 <input type="checkbox"/> 住家電話 ()	患者傳真號碼 (若適用)： ()	患者電子郵箱：

請註明您申請更正/修訂受保護健康資訊的機構：

醫院/住院地點

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> NYP/Allen Hospital | <input type="checkbox"/> NYP/Lawrence | <input type="checkbox"/> NYP/Weill Cornell Medical Center |
| <input type="checkbox"/> NYP/Brooklyn Methodist | <input type="checkbox"/> NYP/Lower Manhattan | <input type="checkbox"/> NYP/Westchester Division |
| <input type="checkbox"/> NYP/Columbia University Medical Center | <input type="checkbox"/> NYP/Morgan Stanley Children's Hospital | <input type="checkbox"/> Gracie Square Hospital |
| <input type="checkbox"/> NYP/Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP/Queens | |

門診/醫師科室

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Columbia University Irving Medical Center (CUIMC) | <input type="checkbox"/> Weill Cornell Medicine (WCM) | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Brooklyn |
| <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Hudson Valley | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Queens | <input type="checkbox"/> NYP Medical Group Westchester |

待改的入院日期：____/____/____

接診的服務提供者：_____

請說明本次入院資訊為何有誤或不完整。(如果需要更多空白處加以說明，請使用其他紙張)

您是否願意將這些修訂內容傳送給過去我們曾向其披露資訊的機構或個人？若是，請註明相關組織或個人的名稱和地址：

接受者姓名和地址

患者/法律代表簽名

日期

僅供組織使用：

HIM 受理日期：____/____/____

接受 受保護健康資訊將得到相應修訂。

拒絕 請於下方註明拒絕原因，勾選出適應的拒絕原因：

- PHI 並非由該組織創建
- PHI 並非屬於患者的指定記錄集
- PHI 準確完整
- 依據聯邦法律規定 (例如心理治療筆記) · PHI 無法供患者查驗
- PHI 由不再屬於本組織的服務提供者所記錄

醫療保健提供者意見：

醫療保健提供者簽名

日期