

发布和使用医疗信息之授权书

本人授权纽约州医疗赔偿基金（“基金”）及其授权代表、代理人、承包商和指定人员，包括公共咨询集团有限公司(PCG) _____ 和下文经确定的各方，如下文所述，使用和披露与 _____（参保人）有关的任何和所有可识别个人身份的医疗或健康信息，明确用于向其提供“基金”项下之福利和个例管理。本人了解，本人授权使用或披露的与参保人有关的信息可能被接收方根据授权条款再次披露。

本人特别授权 (i) 任何医疗保健提供者，包括但不限于医师、护士、正式护士、医师助理、职业治疗师、物理治疗师、早期干预项目、心理学家、社会工作者、营养学家、药剂师和手疗法医师，其根据纽约州教育法第八章获得执照或其他认证（或在其他州或哥伦比亚特区获得同等资格）；(ii) 医院、学校、学前项目、社区机构、州和/或联邦项目，这些项目已经或可能为参保人提供福利，以及 (iii) 第三方支付者，通过任何方式（包括书面和口头）交流参保人可识别个人身份的医疗或健康信息，无论本人是否在场或是否得到通知，且本人亦授权 PCG 代表“基金”发起、参与和施行此类交流，无论本人是否在场或是否得到相关通知。

1. **此授权涵盖哪些信息？** 此授权适用于所有与参保人的诊断、护理和治疗有关的医疗或健康信息。

披露的参保人信息可能包括从其他医疗保健提供者、社区机构和教育实体接收的医疗或健康信息。

2. **谁可以在此授权项下披露和接收信息？** 无需本人的进一步授权，PCG 可以将参保人的任何和所有个人可识别医疗或健康信息再次披露给：(i) 根据纽约州教育法第八章（或其他州和哥伦比亚特区的其他同等法律）获得许可或认证的任何医疗保健提供者，(ii) 医院、学校、学前项目、社区机构、州和/或联邦项目，这些项目已经或可能向参保人提供福利，以及 (iii) 第三方支付者。本人亦授权 PCG 向其他能够并需要提供信息的家庭成员或相关方再次披露参保人的个人可识别医疗或健康信息，例如，参保人的出生日期、社会保障号码等，作为发布条件。
3. **此授权有效时限多长？** 此授权在参保人的基金注册期间有效，但不晚于参保人年满 18 岁之日，前提是届时其有能力做出医疗保健决定。

4. **撤销此授权。** 本人了解，除非联邦或州法律另有规定，否则，本人可以随时通过书面通知基金管理人撤销本人的授权，且本人的撤销将在基金管理人收到本人的撤销通知后生效。本人也了解，本人撤销此授权不会对基金管理人在收到本人撤销授权之前采取的任何行动产生任何影响。
5. **索赔的处理。** 本人了解，此授权通常是处理参保人的索赔所必需的。本人也了解，未签署此授权可能会损害或阻碍参保人的索赔处理。
6. **拒绝签字。** 本人进一步了解，参保人的医疗保健提供者不会以本人拒绝签署此授权为条件来限制参保人的治疗、注册或资格。

本人了解，本人有权要求并收到这份签名授权的副本。本授权的副本与原件具有同等效力。

参保人或参保人代表签字

参保人和参保人代表的地址

参保人或参保人代表的印刷体姓名

代表与参保人的关系

参保人的社会保障号码

签字日期

参保人出生日期