

## 保密通信表

本表格帮助我们了解就我们为您提供的医疗服务，您希望我们如何与您或他人进行沟通。您可以选择您希望我们使用的沟通方式，以及信息共享对象。我们可能需要沟通检查结果、处方信息或回复您留给医生办公室的信息。填写本表即表示您了解以下内容：

- 本表允许我们以您选择的方式与您沟通。
- 您可以随时通过填写新表格更改本表格中的决定。我们无法通过电话更改此表格上的信息。如果您希望更改本表中的任何内容，应由您联系我们填写新表格。在您下次来访时，我们会要求您至少每年查看或更新一次此表。
- 如果您允许我们将您的健康信息告知他人，您应了解这将包括您病历中的全部信息，包括检查结果、用药、诊断、手术等。
- 您理解本表格中的决定仅适用于与 HonorHealth 医生办公室的通讯，而不适用于与 HonorHealth 内部其他地点（例如住院部）的通讯。
- 您已收到 HonorHealth 的《隐私惯例通知》，并了解本表中并未列出的 HonorHealth 使用或披露您的健康信息其他方式。

患者姓名：\_\_\_\_\_

病历号：\_\_\_\_\_

请告诉我们您希望我们如何向您传达信息，请勾选所有适用选框：

您可以通过电话/短信/语音信箱联系我：手机  家庭电话  (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

您可以通过电子邮件联系我。电子邮件地址：\_\_\_\_\_

请在下方列出您允许我们与其沟通您的健康信息的人员姓名，并注明您允许我们沟通的信息类型：

姓名和电话号码	此人与您的关系	我们可以共享的信息（请勾选）
		<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗信息
		<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗信息
		<input type="checkbox"/> 账单信息 <input type="checkbox"/> 预约信息 <input type="checkbox"/> 医疗信息

**通过下面签名，您允许我们向您传达您的健康信息，并允许我们与上述其他人员共享您的健康信息。请将此表带到您的医生办公室，以便将其上传到您的病历中以便备查。本表不能通过电子邮件或传真接收。**

患者姓名（请正楷填写）

患者签名

签名日期

患者法定代表（如果患者无法签名）（请正楷填写姓名）

患者法定代表签名

患者法定代表  
签名日期