

吉尼斯县卫生部

儿童铅中毒预防计划项目

日期: _____

Burton

McCree South

病人姓名	性别	病人出生年月	
住址	邮箱号码 (PO Box)	保险接受者编号	
城市	州	邮编	住址电话 手机号码

- 亚洲人 菲律宾人 高加索人 黑人 夏威夷人 中东/阿拉伯人
 美国爱斯基摩人/印第安人 中国人 日本人 其他非白人 未知 拉美裔人

本人授权吉尼斯县 (Genesee County) 卫生部对本人的孩子抽血, 以进行血液铅筛查。据本人所知, 除以下药物外, 本人的孩子对其它药物不存在过敏反应。

过敏药物: _____

本人已经获知并完全理解, 如果本人的孩子的血液或其它体液让卫生专业人士、卫生部雇员或代理发生了事故或造成了伤害, 则根据《密歇根州公共卫生法典》第 5133(12) 节 (MCLA 333.5133(12)), 不经本人同意, 本人的孩子可被进行艾滋病病毒 (人体免疫缺损病毒) 测试, 如果测试结果为阳性, 则将会联系本人, 并告知本人阳性结果, 本人的孩子和本人将获提供与传染和获得性免疫缺陷综合症相关的适当建议。本人理解, 本人孩子的测试结果将依据《密歇根州公共卫生法》要求被保密, 并且结果将与本人的健康保险计划和家庭医生共享。

本人亦批准将本人的保险福利支付给吉尼斯县卫生部。本人亦批准将医疗信息发布给保险公司。本人理解, 本人可能被要求依据我的收入支付这些费用中的一部分。

打印姓名: _____

签字: _____

保险

医疗补助计划:

- MCLafenHealth Plan
 Blue Cross Complete of MI
 Total Health Care
 MeridianHealth Plan of MI
 Molina Healthcare of Michigan
 United Healthcare MI
 HAP Midwest Health Plan
 Straight Medicaid
 其它

传统保险:

- 蓝十字/蓝盾 (Blue Cross/Blue shield)
 HealthPlus
 其它

无保险

《血液铅含量实验室诊断法》 277.011

- 静脉血液采集 - 36416 (\$25)
 毛细血管血液采集 - 36415 (\$25)
 血液化验 - 83655 (\$15)

血液高铅含量 家庭访问

- 《EH 程序法》 (EH Procedure Code) 1029TS
 《内部 PHN 教育访问程序法》
(In-home PHN Education Visit Procedure Code) 1028 EP

样本信息

采集日期 (月日年)

采集时间 (军用时间)

样本类别: 毛细管 滤纸 静脉

医生姓名

铅含量结果 _____

医生电话

吉尼斯县卫生部
个人身份健康信息使用与披露授权书

日期: _____ 社保编号(SSN): _____

客户姓名: _____ 出生日期: _____

地址: _____

曾用名: _____

本人在知情情况下, 自愿授权, 依据下文所列条件, 将本人客户病历中所含的信息发布给下文所列个人或组织。

发布信息的个人/组织 (具体):

接收信息的个人/组织 (具体):

吉尼斯县卫生部

父母或法定监护人:

G-3373S. Sainaw St., Burton MI 48529

主要保健提供商(请列出): _____

儿童铅中毒预防计划

电话: (810\257-3833 传真: (810\237-4612

须披露信息 (包括信息类别与服务日期)

铅测试结果, 任一/全部服务日期

披露目的与需要 (“经个人请求” 已足够)

经个人请求

本授权有效期为一年 (自签字日期起算), 除非被撤销, 出现了其它事件或情况, 或规定了届满日期。

签字日期起一年

吉尼斯县卫生部
个人身份健康信息使用与披露授权书

本人理解：

- 本人可拒绝签署本授权书，但如果不签署本授权书，本人发布信息的请求将无法实现。
- 本人可查看或拷贝要使用或发布的信息。
- 如果卫生部请求就其使用做出授权，则在本人签署本授权书时，它不应列出服务、支付、登记、优惠资格条件。
- 本人可获得本人受保护健康信息的副本，但以下信息除外：
 - 心理疗法记录
 - 合理预计用于民事、刑事、行政诉讼或诉讼程序中的经编辑的信息；
 - 卫生部保存的以下受保护健康信息：（1）在个人获取该信息为法律所禁止的范围内，须遵守《临床实验室改进修正》（CLIA），或（2）依据42 CFR 493,3(a)(2)，豁免遵守 CLIA 规定。
- 依据本授权书使用或披露的信息可由接收人再次进行披露，并且不再受州与联邦保密法律的保护。
- 本人有权通过向隐私官提交书面请求来撤回本授权书，除非存在以下任一情况：
 - 卫生部已依据本授权书采取行动。
 - 本授权书是以获得保险为条件获得的，并且法律规定承保人有权依据保单驳回本人的请求。

个人签字 _____ 日期 _____

证人签字 _____ 日期 _____

如果授权书是由客户以外的其他人士（比如父母、个人代表或监护人）签署的，则对签署人的权力做出简要说明：

.....
For Administrative Use

Request reviewed by: _____ Date: _____
(Initial of supervisor or staff person)

Copy of authorization provided to client Date: _____

Authorization included in chart Date: _____