

# INTERBORO RHIO 同意書撤銷表

Chinese

患者資訊		請以英文清晰填妥所有欄位	
患者姓名（包括名字、中間名和姓氏）	患者的出生日期	性別	
患者最新的住址			
街道：	城市：	州：	郵遞區號：
患者先前的地址			
街道：城市：州：郵遞區號：			
電話號碼	電子郵件地址		

1. 您之前簽署了一份「Interboro RHIO 同意書」，授權醫療保健提供者（「HP」）透過 Interboro RHIO 存取您的健康資訊。您想撤銷（取消）上述同意書。
2. 只有本同意書撤銷表錄入 Interboro RHIO 系統，才能完成同意書撤銷流程。如對本同意書撤銷表存有任何疑問，Interboro RHIO 的工作人員將與您聯絡。
3. 簽署本同意書撤銷表，即表示您**不同意**以下醫療保健提供者出於任何目的（甚至在緊急醫療情況下）透過 Interboro RHIO 存取您的健康資訊：

醫療保健提供者資訊	請以英文清晰填妥所有欄位
不再獲授權透過 Interboro RHIO 接收您的健康相關資訊的醫療保健提供者組織的 <b>名稱</b> (例如醫院名稱或診所名稱)	
醫療保健提供者組織的 <b>地址</b>	

\* 要撤銷簽約 Interboro RHIO 的全部醫療保健提供者的同意書，請在上方方塊中註明「ALL」

4. Interboro RHIO 同意書適用於整個組織。簽署本同意書撤銷表，即表示您**不同意**上方列出的醫療保健提供者的全部醫務人員和工作人員出於任何目的（甚至在緊急醫療情況下）透過 Interboro RHIO 存取您的健康資訊。
5. 本同意書撤銷表僅適用於上方列出的醫療保健提供者（除非您註明「ALL」），並不適用於提供給簽約 Interboro RHIO 的其他提供者的任何同意書。
6. 在您的同意書有效期間，上方列出的醫療保健提供者可能會透過 Interboro RHIO 存取您的健康資訊，並可能會複製您的健康資訊或將您的健康資訊納入其醫療記錄中。即使您決定撤銷您的同意書，他們都無需交回此資訊或從他們的記錄中將其移除。

針對上方列出的醫療保健提供者，我想變更存檔的同意書狀態，**不同意**此類醫療保健提供者出於任何目的（甚至在緊急醫療情況下）透過 Interboro RHIO 存取我的電子健康資訊。

\_\_\_\_\_  
患者或患者的法定代表簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
患者的法定代表正楷姓名（如果適用）

\_\_\_\_\_  
法定代表與患者的關係（如果適用）

**交回說明：**請清晰填妥本表格，然後透過以下方式將本表格交回給 Interboro RHIO：  
**傳真：** 646-998-8060 | **郵寄：** Interboro RHIO, PO Box 800038, Elmhurst, NY 11380