

Holland Bloorview

Kids Rehabilitation Hospital

客户姓名：_____

健康记录编号：_____

出生日期：_____

同意收集/披露个人健康信息

我, _____, 授权 Holland Bloorview 儿童康复医院

以正楷填写全名

收集 以下信息：

_____ 信息的具体描述

信息来
源：

_____ 组织名称

_____ 地址

_____ 组织名称

_____ 地址

和/或 (圈选一项)

披露 以下信息：

_____ 信息的具体描述

披
露
对
象：

_____ 名称

_____ 地址

_____ 名称

_____ 地址

来自下列客
户的记录：

_____ 客户的全名

_____ 客户的地址

我了解这些个人健康信息将 仅 供接收者用于下列目的：

_____ 说明需要使用信息的原因

请注意, 披露的个人健康信息可能包含与其他家庭成员相关的信息。

签署人随时可以通过向 **Holland Bloorview 儿童康复医院的健康数据资源部门** 提出书面申请来终止或变更此授权。

我特此放弃向 Holland Bloorview 儿童康复医院提出任何和所有与披露此类个人信息相关的索赔。

_____ 日期

_____ 客户/合法授权同意人签名

_____ 关系

(03/17)

见证人签名 (年满 18 岁或以上)

CON=DISCLOS

第 1 页, 共 1 页 6519