

客戶獲取/查驗健康資訊申請書

洛杉磯縣精神衛生局 (LACDMH)

客戶：

客戶姓名

客戶出生日期

客戶 ID 號碼

街道地址

城市、州、郵遞區號

☐ 申請「現場」獲取和查驗我的健康資訊

☐ 申請透過電子郵件發送我的健康資訊

☐ 申請郵寄我的健康資訊

☐ 申請領取紙質副本

領取地點：

待獲取或查驗的資訊：

☐ 評估/評價

☐ 心理測驗結果

☐ 診斷

☐ 實驗室結果

☐ 藥物

☐ 診療/病情進展說明

☐ 完整記錄

☐ 其他（請註明）：_____

☐ 申請所有服務項目

☐ 申請特定服務項目

（請註明）_____

查驗時間段：我申請獲取以下時間段的相關資訊：

從 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

☐ 申請所需健康資訊的摘要

客戶獲取/查驗健康資訊申請書

洛杉磯縣精神衛生局 (LACDMH)

您對此獲取申請查閱的權利：

取得此申請副本的權利 - 我瞭解，必須向我提供此表格的已簽名副本。

申請查閱被拒的複審權利- 我瞭解，精神衛生局 (DMH) 可能會全部或部分拒絕我存取我的健康資訊的申請。如果我被拒絕查閱，我可以提交 [拒絕查閱複審申請](#) 來請求審查他們的決定。在大多數情況下，DMH 將另行指定一名未直接參與拒絕查閱決定的醫療保健專業人員，對您的申請進行第二次審查。

客戶簽名：_____

或

個人代表簽名：

若由非客戶本人簽署，請說明關係及簽署權限：

日期：_____ / _____ / _____
月 日 年

客戶獲取/查驗健康資訊申請書

洛杉磯縣精神衛生局 (LACDMH)

已提供的身份證明表格：

<input type="checkbox"/> 州駕照	_____
<input type="checkbox"/> 州身份證	_____
<input type="checkbox"/> 出生證明	_____
<input type="checkbox"/> 軍人身分證	_____
<input type="checkbox"/> 其他（請提供詳細資訊）	_____

機構：_____

執業者：_____

日期：_____/_____/_____

月 日 年

有關您的健康隱私權的詳細資訊，請向治療團隊索取我們的**隱私權措施通知**的副本。
您也可以造訪我們的網站 <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy>
或向以下地址發送書面申請以取得副本：

Office of Patient's Rights
Los Angeles County Department of Mental Health
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020

電話：(800) 700-9996 傳真：(213) 330-0285

感謝您給予我們本次服務機會，我們將據此完善您的健康資訊，確保其準確性與完整性。我們期待繼續為您的健康需求提供服務。