

客户申请查阅/查验健康信息  
洛杉矶县心理健康局 (LACDMH)

客户:

客户姓名

客户出生日期

客户 ID 号码

街道地址

城市、州、邮政编码

- 申请“现场”查阅/查验看我的健康信息
- 申请通过电子邮件发送我的健康信息
- 申请邮寄我的健康信息
- 申请领取纸质副本

地点:

要查阅/查验的信息:

<input type="checkbox"/> 评估/评价	<input type="checkbox"/> 心理测试结果	<input type="checkbox"/> 诊断
<input type="checkbox"/> 化验结果	<input type="checkbox"/> 药物	<input type="checkbox"/> 治疗/病程记录
<input type="checkbox"/> 完整记录		
<input type="checkbox"/> 其他 (请注明):	<hr/>	

- 申请所有服务项目
- 申请特定服务项目

(请注明) 

---

查看时段: 我申请提供以下时段的相关信息:

从 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年 月 日 年

申请提供健康信息的摘要

客户申请查阅/查验健康信息  
洛杉矶县心理健康局 (LACDMH)

您针对本次申请所享有的权利:

获得此申请副本的权利 - 我了解, 必须向我提供此表格的已签名副本。

申请复审拒绝查看决定的权利 - 我了解, 心理健康局 (DMH) 可能会全部或部分拒绝我查看本人健康信息的申请。如果我被拒绝查看, 我可以提交一份 [拒绝查看复审申请表](#), 以要求对该决定进行复审。在大多数情况下, 心理健康局 (DMH) 将指定另一位未直接参与拒绝查看决定的医疗保健专业人员, 对您的申请进行第二次审查。

客户签名: \_\_\_\_\_

或

个人代表签名:

---

如果由客户以外的其他人签署, 请说明关系和权限:

---

日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年

## 客户申请查阅/查验健康信息

### 洛杉矶县心理健康局 (LACDMH)

#### 提供的身份证明:

- 州驾照 \_\_\_\_\_
- 州身份证件 \_\_\_\_\_
- 出生证 \_\_\_\_\_
- 军人证 \_\_\_\_\_
- 其他 (请具体说明) \_\_\_\_\_

机构: \_\_\_\_\_

执业人员: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
月 日 年

如需了解更多关于您的健康隐私权的信息, 请向治疗团队索取我们的**隐私实践通知**。您也可以访问我们的网站 <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> 获取副本, 或发送书面申请至:

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

电话: (800) 700-9996 传真: (213) 330-0285

感谢您给予我们这次机会为您服务, 并帮助我们提升您的健康信息准确性和完整性。我们期待继续为您的健康需求提供服务。