

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:

☐ 评估/评价

☐ 心理测试结果

☐ 诊断

☐ 化验结果

☐ 药物

☐ 治疗/病程记录

☐ 完整记录

☐ 其他 (请注明): _____

☐ 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:

| | |
|-------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 州驾照 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 州身份证 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 出生证 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 军人证 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 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。