



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services/
Medical Correspondence
 3181 SW Sam Jackson Park Rd,
 邮政编码: OP17A
 Portland, OR 97239-3098
 (503) 494-8521, 传真 (503) 494-6970

账号
 病历编号
 姓名
 出生日期

OHSU COVID-19 K-12 检测授权书

此授权书允许您授予第三方访问下列信息的权限。

在下方签名，即表示本人授权 Oregon Health & Science University 向此授权书所列人员或实体披露下述有关本人子女受保护的健康信息。

本人特此授权 OHSU 发布以下受保护的健康信息：

- 本人子女的姓名、病例编号 (Medical Record Number, MRN) 和出生日期，并附有一个检测搜集包，显示本人子女正在接受 COVID-19 检测。

此信息可能会披露给：

- _____

此信息将被用于：

- 作为俄勒冈州卫生局 (Oregon Health Authorities, OHA) 的 K-12 学生筛查项目的一部分，为本人子女与其学校协调进行 COVID-19 检测。

本人也理解并同意以下内容：

- 根据 ORS 109.650，OHSU 可以将 15-17 岁孩子的检测结果发布给其父母和/或法定个人代表。
- 本人可以通过电话和/或电子邮件收到本人子女的检测结果。
- 本人可以拒绝签署此授权书。拒绝签署此授权书不会对本人子女获得医疗护理服务或报销服务费用产生不利的影晌。
- 本人有权在任何时候以书面形式向 k12covidtesting@ohsu.edu 发送电子邮件以撤销此授权。
- 撤销此授权将不适用于 OHSU 在本人的授权有效期间已经披露的信息。
- 通过此授权使用或披露的任何信息可能不再受到隐私法的保护，并可能被接收信息的个人或组织再次披露。
- 除非提前撤销，否则该授权将在 OHA 的 K-12 学生筛查项目结束之前保持一直有效。



MR1470



**Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Health Information Services/
Medical Correspondence**
3181 SW Sam Jackson Park Rd,
邮政编码: OP17A
Portland, OR 97239-3098
(503) 494-8521, 传真 (503) 494-6970

账号
病历编号
姓名
出生日期

第 2 页 · 共 2 页

患者身份信息

本人已阅读并理解此授权。

在下方签名，即表示本人确认自己是该孩子的个人代表，并具有授权分享其受保护健康信息的法律依据。

子女的正楷姓名

子女的出生日期 (年/月/日)

父母或法定监护人的签名

正楷姓名

日期

与未成年子女的关系