

**FORMER PATIENT REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPIES OF HEALTH RECORD**  
**DSH-6803 (Chinese [Traditional]) (New 07/2025)**

請注意：所要求的資訊僅用於識別目的。

患者姓名：	出生日期：	社會安全號碼（可選）：
地址：	城市/州/郵遞區號：	患者個案編號（可選）：
電話號碼：	入院日期：	出院日期：

**勾選適用的方框：**

影印件：我請求取得下面勾選我的健康記錄文件的複印件。

電子郵件：我請求將下面勾選我的健康記錄文件副本透過電子郵件發送至：

---

預約：我正在要求預約前往 DSH 檢視我的健康記錄。

請注意：我了解索取紙本或電子版副本可能會產生費用。

根據《民事法典》第 1798.34 條，您有權在收到此請求後 30 天內審閱您的記錄，但對於地理位置分散的記錄或在中央存儲中處於非活動狀態的記錄，時間不得超過 60 天。

**勾選您請求發送給您的患者資訊的所有適用方格：**

文件：	日期：	文件：	日期：	患者必須在以下任何記錄上簽上姓名首字母：
<input type="checkbox"/> 診斷		<input type="checkbox"/> 心理/職業測驗結果		
<input type="checkbox"/> 精神病學評估		<input type="checkbox"/> 醫學/神經系統評估、實驗室檢驗（腦電圖、心電圖等）		<input type="checkbox"/> HIV（人類免疫缺陷病毒）/AIDS 檢測結果 <hr/> (最初的)
<input type="checkbox"/> 出院總結		<input type="checkbox"/> 法律的		<input type="checkbox"/> 基因檢測結果 <hr/> (最初的)
<input type="checkbox"/> 社會心理評估		<input type="checkbox"/> 其他（明確指出）：		<input type="checkbox"/> 物質使用疾患治療記錄 <hr/> (最初的)
<input type="checkbox"/> 治療計劃		<input type="checkbox"/> 其他（明確指出）：		
<input type="checkbox"/> 隔離/約束				

( 如果需要額外空間，請附上所請求文件清單 )

工整書寫您的姓名：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

請在您的請求中附上您的身分證明影本（如有）。

**Health Information Management Department (HIMD) Use Only:**  
 ( 僅供健康資訊管理部門 (HIMD) 使用： )

HIMD Receipt of Form Date/Time: \_\_\_\_\_ Record Review Appt. Date/Time: \_\_\_\_\_

**Former Patient Request for Access and/or Copies of Health Record**

Confidential Patient Information

See W & I Code, Section 5328

HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508

DSH-6803 (Chinese [Traditional]) (New 07/2025)