

請將填寫完成的表格郵寄至：
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



資訊披露授權書

雇員資訊：

雇員姓名：	索償號碼：
社會安全號碼（僅用於身份識別）：	出生日期：

服務提供者：

服務提供者名稱：

本人特此授權你方可將在治療期間所掌握的關於本人的任何資訊提供給勞動與工業部或其代表。

除了你方的觀察結果之外，請包含：

- 病歷記錄。
- 檢查。
- 諮詢。
- X光檢查報告。
- 化驗檢查。
- 手術與病理報告。
- 醫生與護士的筆記。
- 醫院記錄。
- 診斷。
- 與任何疾病、傷害或其他身體狀況有關的處方或治療相關資訊。

請將所有治療記錄披露用於：

將披露的數據包括：

☐ 酒精濫用 ☐ 藥物濫用 ☐ HIV/AIDS ☐ 精神病護理

和/或聯邦法律保護的其他資訊。

本人理解，本人將披露這些記錄，以便勞工與工商保險服務部管理和處理本人的索賠。本人理解，這些記錄將按照聯邦法律 ([RCW 51.28.070](#)) 的規定進行保密。

本人可隨時撤回本授權書。

雇員簽名

日期