

住院患者康复急性护理/综合性持续护理 (CCC) 转诊表  
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM  
(MANDARIN / SIMPLIFIED CHINESE)

**第六节：个人健康信息披露同意书**

**SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

所有转诊均需填写 (由社工、出院计划专员、个案管理员完成) /

**To be completed for all referrals** (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

- 我同意 \_\_\_\_\_ 可以在进行转诊时披露我的个人健康信息。  
(披露信息的机构名称 / Name of facility disclosing information )

**上述组织包括 / Organizations referred to:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 中心<br>Baycrest                         | <input type="checkbox"/> 多福医院<br>Markham Stouffville                  | <input type="checkbox"/> 多伦多东区综合医院<br>Toronto East General Hospital    | <input type="checkbox"/> 威廉 - 奥斯勒健康中心<br>William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> 博康医院<br>Bridgepoint Health             | <input type="checkbox"/> 天佑护理<br>Providence Healthcare                | <input type="checkbox"/> 多伦多 Grace 健康中心<br>Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> 约克中心医院<br>York Central Hospital             |
| <input type="checkbox"/> 祈德医院<br>Credit Valley Hospital         | <input type="checkbox"/> 兆康医院<br>Rouge Valley Health System           | <input type="checkbox"/> 多伦多康复中心<br>Toronto Rehab                      | <input type="checkbox"/> 其他 (说明)<br>Other (specify)                  |
| <input type="checkbox"/> 荷顿医疗护理服务<br>Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> 南湖地区健康中心<br>Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> 延龄草健康中心<br>Trillium Health Centre             | _____  |
| <input type="checkbox"/> 莱克瑞吉医疗<br>Lakeridge Health             | <input type="checkbox"/> 圣约翰康复医院<br>St. John's Rehab Hospital         | <input type="checkbox"/> 西区公园保健中心<br>West Park Healthcare Centre       |  |

**仅供获得性脑损伤 (ABI) 转诊填写 / For Acquired Brain Injury (ABI) referrals only:**

多伦多 ABI 网络可能会使用您的转诊信息摘要，用于研究患者使用健康服务的趋势。这可有助于解答关于患者所申请的康复类型和疗程等研究问题。我们将从系统中收集您的信息，然后与其他患者的信息合并。您的姓名和个人健康信息将不会在任何公开报道中使用。在使用您的信息之前，所有研究项目必须经研究伦理委员会批准。如果您不希望自己的个人健康信息被使用，这一决定不会对您的医疗保健造成任何影响。

- 是 / **Yes**, 我的健康信息可以用于系统改进和研究。我的姓名和个人健康信息将不会在任何公开报道中使用。  
 否 / **No**, 我的健康信息不可以用于系统改进和研究。

**仅供电子转诊填写 / For e-Referrals only:**

您的医疗团队通过电子转诊系统与您的医疗服务提供商分享您的健康信息。建立该系统的目的是，只有您的医疗团队成员可以查阅您的信息。使用电子转诊系统可以加快转诊的速度。它还可以提示任何滞后信息，因此有助于提高对患者的医护质量。您在系统中的信息可能被研究者使用以及因医疗系统规划之用途而被使用。我们将从系统中收集您的信息，然后与其他患者的信息合并。您的姓名和个人健康信息将不会在任何公开报道中使用。在使用您的信息之前，所有研究项目必须经研究伦理委员会批准。如果您不希望自己的个人健康信息被使用，这一决定不会对您的医疗保健造成任何影响。

- 是 / **Yes**, 我的健康信息可以用于系统改进与研究之目的。我的姓名和个人健康信息将不会在任何公开报道中使用。  
 否 / **No**, 我的健康信息不可以用于系统改进和研究之用途。

患者姓名正楷 / Print Name of Patient: \_\_\_\_\_

患者/代理人签名 / Signature of Patient/Substitute: \_\_\_\_\_

代理人姓名 (正楷) / Name of Substitute (Print name): \_\_\_\_\_

与患者关系 (如代理人签名) / Relationship to patient, if signed by Substitute: \_\_\_\_\_

- 是，在取得同意时有翻译人员在场。 / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.  
 未需要翻译人员。 / No interpreter was required.

日期 (年/月/日) / Date (YYYY/MM/DD): \_\_\_\_\_