

健康信息（包括酒精/药物治疗和心理健康信息）以及与艾滋病毒/艾滋病相关的机密信息发布授权书

患者姓名	出生日期	患者识别号
患者住址		

本人或本人的授权代表，请求依本表单所载，发布本人的护理和治疗相关健康信息。本人了解：

1. 此授权可能包含披露与酒精和药物治疗、精神治疗和艾滋病毒/艾滋病相关的机密信息，但前提是本人在第 8 项的适当行中签上姓名首字母。如果以下所述的健康信息包括任何此类信息，且本人在第 8 项方框中签上了姓名首字母，则表示本人特别授权将此类信息发布给第 6 项指定人员。
2. 除某些例外情况外，健康信息披露后，接收者可能会将其再次披露。如果本人授权发布艾滋病毒/艾滋病相关信息、酒精或药物治疗信息或心理健康治疗信息，除非联邦或州法律要求，否则未经本人授权，接收者不得再次披露此类信息或将披露的信息用于任何其他目的。如果本人因发布或披露与艾滋病毒/艾滋病有关的信息而遭受歧视，本人可联系纽约州人权局，联系电话为 1-888-392-3644。该机构负责保护本人的权利。
3. 本人有权随时写信给第 5 项中列出的提供机构撤销本授权。本人了解，本人可撤销本授权，但已根据本授权采取的行动除外。
4. 签署此授权为本人自愿。本人了解，一般而言，本人的治疗、付款、健康计划注册或受益资格并不以本人对本披露的授权为条件。但是，本人确实了解，如果本人不签署此同意书，在某些情况下可能会被拒绝治疗。

5.发布此信息的提供机构或实体的名称和地址：		
6.将向其披露此信息的人员姓名和地址：		
7.发布此信息的目的：		
8.除非本人先前已撤销，否则以下特定信息可披露时间为： _____ 到 _____		
<input type="checkbox"/> 所有健康信息（书面和口头形式），以下除外： 插入开始时间 插入到期日期或事件		
对于以下要包括的内容，请注明要披露的具体信息，并在下方签上姓名首字母。 <input type="checkbox"/> 酒精/药物治疗计划记录 <input type="checkbox"/> 心理健康项目的临床记录* <input type="checkbox"/> 艾滋病毒/艾滋病相关信息	待披露信息	首字母
9.若非患者，则此处为签署表单的人员姓名：		10.代表患者签名的授权：

本表单所有项目均已填妥，有关本表单的疑问已获得解答，并已拿到一份表单副本。

患者拒绝副本

患者或法定代表人签字 _____ 日期 _____

见证者陈述/签名： 本人已见证本授权书的执行，在此声明，患者和/或患者的授权代表已获得一份已签署授权书的副本。

工作人员姓名和头衔 _____ 签名 _____ 日期 _____

本表单可用于代替DOH2557和/或OMH 11 或11A，且已获得纽约州心理健康办公室和纽约州酗酒和药物滥用服务办公室批准，可以发布健康信息或精神健康临床记录。但是，此表单并未要求医疗服务提供机构发布健康信息。通过本表单发布的酒精/药物治疗相关信息或与艾滋病毒相关的机密信息须附有禁止再披露的声明。

*注意：根据本授权，心理健康临床记录中的信息可发布给本授权书中指定的对信息有明显需求的各方，前提是此次披露在合理预期范围内不会对患者或他人不利。