

<b>資訊發佈授權書</b>	患者姓名 (姓, 名, 中間名縮寫) _____ “C”編號: _____ ..... 性別.....出生日期 ..... 設施名稱 _____ 單位/病房/住區編號: _____
----------------	---

按照本州和聯邦法規，本授權書必須由患者或其個人代表填寫，方可使用/披露受保護的健康資訊。憑藉本授權書，可將資訊披露給本授權書中所列能證明需要該資訊的相關各方，但是所作披露不得對患者或他人有害。如要使用或披露與 HIV 相關的保密資訊，需另外一份授權書。

**第1部分：資訊發佈授權書**

**有關被使用/披露資訊的說明：**

**資訊的目的或需求：**

1. 本資訊的請求者為：
  - 個人或其代表；或
  - 其他（請說明）\_\_\_\_\_
2. 披露目的（請說明）：

**發自：**披露資訊的個人/組織/設施/計劃之名稱、地址和頭銜

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**發給：**接受資訊披露的個人/組織/設施/計劃之名稱、地址和頭銜

*注：如果要因相同目的將相同資訊披露給多個相關方，而且期限相同，則本授權書將適用於此處所列的各方。*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A. 我特此允許使用以上資訊，或將其披露給以上所示個人/組織/設施/計劃。我明白：**

1. 只有本授權書可使本資訊被使用和（或）披露。
2. 本資訊為保密性質，未經我允許不得披露。
3. 本資訊如果披露給無需遵守聯邦隱私保護條例的人，則可被再次披露而不再受到保護。
4. 我有權在任何時候撤銷（收回）本授權。我的撤銷必須為書面形式，採用由（插入設施/計劃名稱）\_\_\_\_\_提供給我的表格。

我知道如果我已授權使用和（或）披露我的受保護健康資訊者已經根據我先前的授權採取行動，則我的撤銷將無效。

5. 我並非必須簽署本授權書，而且如果我拒絕簽署，也不會影響我從紐約州心理衛生局獲得治療的能力和我獲得相關福利的資格。
6. 我有權檢查並複製我自己將被使用和（或）披露的受保護健康資訊（按照 45 CFR §164.524聯邦隱私保護條例的要求）。

**B-1. 一次性使用/披露：**我特此允許一次性使用上述資訊，或將其披露給以上所示的個人/組織/設施/計劃。

我的授權書將在以下情況失效：

- 被付諸執行後；
- 從本日期起 90 天後；
- 其他 \_\_\_\_\_

## 資訊發佈授權書

設施名稱	患者姓名 (姓, 名, 中間名縮寫)	“C”編號:
<p><b>B-2. 定期使用/披露:</b> 我特此授權定期使用上述資訊/將其披露給以上所示的個人/組織/設施/計劃, 使用/披露次數以達成上述目的為準。</p> <p>我的授權書將在以下情況失效:</p> <p><input type="checkbox"/> 當我不再從 (插入機構/計劃名稱) _____ 獲得服務時;</p> <p><input type="checkbox"/> 從本日期起一年後;</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____</p>		
<p><b>C. 患者簽字:</b> 我證明我授權按照本文件的規定使用我的健康資訊。</p> <p>_____ 日期</p> <p>患者或個人代表簽字</p> <p>_____</p> <p>患者姓名 (正楷書寫)</p> <p>_____</p> <p>個人代表姓名 (正楷書寫)</p> <p>_____</p> <p>個人代表作為患者代理人的授權說明 (如果個人代表簽署授權書則必填)</p>		
<p><b>D. 見證人聲明/簽字:</b> 我已見證本授權書的簽署, 並聲明授權書的簽字副本已交給患者和 (或) 患者的個人代表。</p> <p>見證人: _____</p> <p>_____ 工作人員姓名和職務</p> <p>授權書被提供給: _____</p> <p>日期: _____</p>		
<p><b>由機構填寫:</b> _____</p> <p>_____ 使用/披露資訊的工作人員簽字</p> <p>_____ 職務</p> <p>_____ 發佈日期</p>		
<p><b>第2部分: 撤銷資訊發佈授權書</b></p>		
<p>我特此撤銷我簽發給以下名稱和地址的個人/組織/設施/計劃使用/披露第1部分所示資訊的授權書:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>我特此拒絕授權給以下名稱和地址的個人/組織/設施/計劃進行第1部分所示的使用/披露:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>_____ 日期</p> <p>患者或個人代表簽字</p> <p>_____</p> <p>患者姓名 (正楷書寫)</p> <p>_____</p> <p>個人代表姓名 (正楷書寫)</p> <p>_____</p> <p>個人代表作為患者代理人的授權說明 (如果個人代表簽署授權書則必填)</p>		