

健康信息披露授权书（含酒精/药物成瘾治疗、心理健康信息及保密的艾滋病相关信息）

第I部分：患者信息

| | | |
|-------|-------|---------|
| 患者姓名： | 出生日期： | 医疗记录#： |
| 患者地址： | 电话号码： | 电子邮件地址： |

第II部分：授权信息

本人或本人的授权代表要求根据本授权书披露关于本人护理和治疗的**健康信息**。本人知悉并确认：

1. 本授权书可用于披露所有受保护的**健康信息**，包括物质使用障碍治疗信息、心理健康治疗信息以及保密的**艾滋病相关信息**。物质使用障碍治疗信息、心理健康治疗信息及**艾滋病相关信息**，仅在本人于第**13**项相应位置签名缩写确认后，方可披露给第**10**项所列人员。
2. 心理健康临床记录中的信息，可依据本授权书披露给本文所列确有必要知悉该信息的机构或个人，前提是**该披露不会对患者或他人造成可预见的不利影响**。
3. 除特定例外情形外，**健康信息**一经披露，接收方可能会再次披露。若本人授权披露**艾滋病相关健康信息**、物质使用障碍治疗信息或心理健康治疗信息，未经本人再次授权，接收方禁止再次披露该等信息或将其用于其他用途，联邦或州法律允许的除外。若因**艾滋病相关信息**披露而遭受歧视，本人可联系负责保护本人权益的纽约州人权署，电话：**1-888-392-3644**。
4. 本人有权随时书面通知第**9**项所列服务提供者或机构，撤销本授权。除已依据本授权采取相关行动外，本授权可随时撤销。
5. 依据《电子签名与记录法》，本授权书可通过电子方式填写并签署，包括通过服务提供者的电子健康记录系统签署。服务提供者必须确保本表格可按核准格式打印及/或送达患者、患者代表及/或指定接收方。
6. 签署本授权书全凭自愿。本人知悉，一般情况下，本人的治疗、费用支付、医保参保或福利资格不以签署本披露授权为前提条件。但本人亦知悉，在某些情形下，如本人拒绝签署本同意书，可能会被拒绝提供治疗。
7. 本人必须完整填写本表格所有项目。如有任何栏目空白，本表格将视为无效。
8. 本人对本表格的疑问已得到解答，且已收到本表格副本。

患者拒绝领取副本



健康信息披露授权书（含酒精/药物成瘾治疗、心理健康信息及保密的艾滋病相关信息）

第III部分：披露信息

9. 有权披露本信息的服务提供者名称及联系方式：

10. 信息接收方的人员姓名及联系方式：

11. 信息披露的目的：_____

12. 除非本人提前撤销，本健康信息披露授权于下列事件或日期到期：

第IV部分：健康信息

13. 本人授权披露下列受保护的健康信息：

- 本人病历中（填写日期）_____至（填写日期）_____期间的部分信息
- 本人全部病历，包括：病史、门诊记录（独立心理治疗记录除外）、检查结果、放射检查报告及影像、转诊记录、会诊记录、账单记录、保险记录及其他医疗保健服务提供者发送给贵方的记录。
- 其他（请说明）：_____

如需披露心理健康治疗、物质使用障碍治疗及艾滋病相关信息，必须勾选方框、签署缩写并填写日期，明确同意披露对应信息。

- 心理健康项目临床记录* 签名缩写：_____ 日期：_____
- 物质使用障碍治疗项目记录 签名缩写：_____ 日期：_____
- 艾滋病相关信息 签名缩写：_____ 日期：_____

第V部分：签名

14. 患者或个人代表签名：_____

15. 日期：_____

16. 患者姓名（打印）：_____

17. 如非患者本人，个人代表姓名（打印）：_____

18. 个人代表代患者签名的权限：_____

本表格可替代DOH2557、DOH5032或OMH 11，并已获纽约州心理健康署(OMH)核准，用于授权披露健康信息或心理健康临床记录。本表格不强制医疗保健服务提供者必须披露健康信息。通过本表格披露的物质使用障碍治疗信息、心理健康治疗信息或保密的艾滋病相关信息，必须附带禁止再次披露的法定声明。