



健康資訊披露授權書（含酒精/藥物成癮治療、心理健康資訊及保密的愛滋病相關資訊）

第I部分：病患資訊

病患姓名：	出生日期：	醫療記錄#：
病患地址：	電話號碼：	電子郵件地址：

第II部分：授權資訊

本人或本人的授權代表要求根據本授權書披露關於本人護理和治療的健康資訊。本人知悉並確認：

1. 本授權書可用於披露所有受保護的健康資訊，包括物質使用障礙治療資訊、心理健康治療資訊以及保密的愛滋病相關資訊。物質使用障礙治療資訊、心理健康治療資訊及愛滋病相關資訊，僅在本人於第13項相應位置簽名縮寫確認後，方可披露給第10項所列人員。
2. 心理健康臨床記錄中的資訊，可依據本授權書披露給本文所列確有必要知悉該資訊的機構或個人，前提是該披露不會對病患或他人造成可預見的不利影響。
3. 除特定例外情形外，健康資訊一經披露，接收方可能會再次披露。若本人授權披露愛滋病相關健康資訊、物質使用障礙治療資訊或心理健康治療資訊，未經本人再次授權，接收方禁止再次披露該等資訊或將其用於其他用途，聯邦或州法律允許的除外。若因愛滋病相關資訊披露而遭受歧視，本人可聯絡負責保護本人權益的紐約州人權署，電話：1-888-392-3644。
4. 本人有權隨時書面通知第9項所列服務提供者或機構，撤銷本授權。除已依據本授權採取相關行動外，本授權可隨時撤銷。
5. 依據《電子簽名與記錄法》，本授權書可透過電子方式填寫並簽署，包括透過服務提供者的電子健康記錄系統簽署。服務提供者必須確保本表格可按核准格式列印及/或送達病患、病患代表及/或指定接收方。
6. 簽署本授權書全憑自願。本人知悉，一般情況下，本人的治療、費用支付、醫保參保或福利資格不以簽署本披露授權為前提條件。但本人亦知悉，在某些情形下，如本人拒絕簽署本同意書，可能會被拒絕提供治療。
7. 本人必須完整填寫本表格所有項目。如有任何欄目空白，本表格將視為無效。
8. 本人對本表格的疑問已得到解答，且已收到本表格副本。

病患拒絕領取副本



健康資訊披露授權書（含酒精/藥物成癮治療、心理健康資訊及保密的愛滋病相關資訊）

第III部分：披露資訊

9. 有權披露本資訊的服務提供者名稱及聯絡方式：

10. 資訊接收方的人員姓名及聯絡方式：

11. 資訊披露的目的：_____

12. 除非本人提前撤銷，本健康資訊披露授權於下列事件或日期到期：

第IV部分：健康資訊

13. 本人授權披露下列受保護的健康資訊：

- 本人病歷中（填寫日期）_____ 至（填寫日期）_____ 期間的部分資訊
- 本人全部病歷，包括：病史、門診記錄（獨立心理治療記錄除外）、檢查結果、放射檢查報告及影像、轉診記錄、會診記錄、帳單記錄、保險記錄及其他醫療保健服務提供者傳送給貴方的記錄。
- 其他（請說明）：_____

如需披露心理健康治療、物質使用障礙治療及愛滋病相關資訊，必須勾選方塊、簽署縮寫並填寫日期，明確同意披露對應資訊。

- 心理健康方案臨床記錄* 簽名縮寫：_____ 日期：_____
- 物質使用障礙治療方案記錄 簽名縮寫：_____ 日期：_____
- 愛滋病相關資訊 簽名縮寫：_____ 日期：_____

第V部分：簽名

14. 病患或個人代表簽名：_____

15. 日期：_____

16. 病患姓名（列印）：_____

17. 如非病患本人，個人代表姓名（列印）：_____

18. 個人代表代病患簽名的許可權：_____

本表格可替代DOH2557、DOH5032或OMH 11，並已獲紐約州心理健康署(OMH)核准，用於授權披露健康資訊或心理健康臨床記錄。本表格不強制醫療保健服務提供者必須披露健康資訊。透過本表格披露的物質使用障礙治療資訊、心理健康治療資訊或保密的愛滋病相關資訊，必須附帶禁止再次披露的法定聲明。