紐約州
酒精毒品濫用服務辦公室

授權揭露機密 HIV* 相關資訊

病患/被告姓氏，中間名首字母 名字	
身份證號碼	案號
機構	單位

說明：另備一 (1) 份影本留作病患之案件記錄

機密 HIV 相關資訊是表示該人進行過 HIV 檢驗，或是感染 HIV、HIV 相關疾病或 AIDS 的任何資訊，或是可表示該人可能已經罹患 HIV 的任何資訊。

依據紐約州法律，除了特定人員以外，機密 HIV 相關資訊僅能提供給您簽署特許證而可擁有該資訊內容的人員。您可以索要沒有特許證表單可獲得機密 HIV 相關資訊的人員之名單。**

如果您簽署此表單，則可基於表單上所列理由，將 HIV 相關資訊提供給表單上所列人員。您不一定要簽署此表單，而且您可以隨時改變心意。

如果您因為披露 HIV 相關資訊而遭受歧視，您可以致電 (212) 961-8624 聯絡紐約州人權部，或是致電 (212) 566-5493 聯絡紐約市人權委員會。這些機關負責保護您的權利。

將披露 HIV 相關資訊之人員的姓名及地址	將獲得披露 HIV 相關資訊之人員的姓名及地址
披露 HIV 相關資訊的理由	
透露之資訊的範圍或性質	
授權批露期間的時段 從： 資訊接獲者：	

本人對於表單的相關問題已經獲得解答。本人知道我不一定要允許披露 HIV 相關資訊，而且本人可以隨時改變心意和撤銷同意書，除了之前已依據同意書採取的訴訟以外。

(病患/被告簽名) (病患/監護人 (必要時) 簽名)

(病患/被告正楷書寫姓名) (病患/監護人正楷書寫姓名)

(日期) (日期)

*** 造成 AIDS 的人類免疫缺陷病毒 (HIV)。**
**** 關於酒精和毒品濫用患者記錄的聯邦規定 (42 CFR 第 2 條) 可能需要您同意或法院命令，但州法律則不需要。**

紐約州核准表單符合州與聯邦 (42 CFR 第 2 條) 同意表單需求