



## 行為健康資訊發布和互換的授權

患者姓名	出生日期	患者識別碼
患者地址		

本人或本人的授權代表，要求可按本表單上的規定發布和互換關於本人護理和治療的健康資訊。本人瞭解：

1. 此授權可能包括披露本人的全部健康資訊，其中涵蓋與戒酒和戒毒治療、心理健康治療有關的任何和全部資訊，包括臨床記錄\*、遺傳、生育服務以及 HIV/AIDS 相關資訊。當下述健康資訊包括以上任何類型的資訊時，本人特此授權向項目 6 中指明的實體發布此類資訊。
2. 除了部份例外，接收實體可轉披露已披露的健康資訊。如果本人授權發布 HIV/AIDS 相關、戒酒或戒毒治療，或心理健康治療的資訊，包括臨床記錄\*、遺傳和/或生育服務資訊，除非聯邦或州法律規定，否則未經本人進一步授權，接收實體禁止轉披露此類資訊或將披露的資訊用於此授權指明的用途以外的任何用途。如果本人由於發布或披露 HIV/AIDS 相關資訊而遭歧視，本人可致電紐約州人權署 (New York State Division of Human Rights) 專線 1-888-392-3644。此機構將負責保障本人的權益。
3. 本人有權隨時以書面方式通知項目 5 中的下列提供者撤銷此授權。本人瞭解，本人可撤銷此授權，除非已依據此授權採取行動。
4. 簽署此授權係出於自願。本人瞭解，存取服務一般不需要本人對於此披露的授權。不過，本人瞭解，在本人未簽署此同意書的情況下，本人可能遭醫療院所拒絕治療。

5. 將接受被披露或互換資訊的提供者或實體名稱和地址

6. 發布和互換資訊的實體名稱和地址：

本人授權上列實體聯絡下列提供者存取本人的個人健康資訊，以利協調本人所需的任何服務。因此本人獲得的服務品質將得以提升，本人同意在此設施與下列實體之間針對本人的以往戒酒和/或藥物濫用治療歷史、目前和提議的治療服務進行所有必要的通訊：

- 紐約州酒精及物質濫用服務辦公室 (New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services)；以及
- 其他：\_\_\_\_\_

7. 此披露的目的是許可獲得授權的實體與酒精及物質濫用服務辦公室進行通訊，以利進行報告。

8. 本人的健康資訊可從服務的最後日期起算兩 (2) 年內進行披露和互換，或揭露和互換至撤銷為止。

9. 若非患者，表單簽署人的姓名：

10. 代表患者簽署的授權：

此表單的所有項目均已填妥，本人關於此表單的疑問已獲得解答，而且本人已收到表單的影本。

患者或法定授權代表的簽名

日期

見證人聲明/簽名：本人已見證此授權的簽署，並聲明所簽署的授權已交予患者和/或患者的授權代表。

STAFF PERSON 的姓名和職稱

簽名

日期

此表單已獲得 NYS 酒精及物質濫用服務辦公室核准，允許發布健康資訊。不過，此表單不要求醫護服務提供者發布健康資訊。

透過此表單發布的戒酒/戒毒治療相關資訊或保密 HIV 相關資訊必須隨附關於禁止轉披露的必要聲明。

\*備註：如果合理地預期到披露不會對於患者或其他人不利，可按照此授權向本文中確定的可證明需要資訊的各方發布心理健康臨床記錄中的資訊。