



Office of Addiction Services and Supports

撤銷於 _____ 工作人員簽名 _____

同意透露關於 問題/病態賭博患者的資訊

患者的姓氏	名字	中間名首字母
個案編號		
設施	科室	

說明：

給該患者一份該表格的副本！為該患者的個案記錄準備一（1）份副本。若需出於收費目的使用本表格，另為資源和報銷代理準備一份副本。若需將本表格連同資訊請求發給另一家機構，另為患者的個案記錄準備一份副本。

有患者同意的[披露]/[透露] (圈選)

將被披露/透露的資訊的範圍或性質	
披露/透露的目的或需求	
將披露/透露資訊的個人或組織的名稱或職稱 當事方之一：	將獲得披露/透露資訊的個人或組織的名稱或職稱 以及：

本人作為在下方簽署姓名者已閱讀上文內容，並且授權名稱如上所示的披露/透露設施的該工作人員披露/透露包含於此的資訊。本人理解：本人可隨時以書面形式撤回本同意書，但這不包括已依照本同意書採取的行動。本同意書應在其簽署之日後六（6）個月過期，除非有在下方具體說明不同的時間段、事件或條件，在這種情況下，這些時間段、事件或條件應適用。本人還理解：所有披露/透露必須符合紐約州法律和《1996年健康保險流通與責任法案》（「HIPAA」）的規定，並且不得在沒有本人的另外書面授權的情況下將這些資訊再次披露給不是在上文指定的當事人的其他方。

取代上述時期的時間段、事件或條件：_____

注意： 經由本表格透露的所有資訊均將被附上禁止《再次披露關於問題/病態賭博患者的資訊》的表格。

本人理解：該計劃一般不會根據本人是否簽署同意書來決定本人的治療；但在某些有限的情況下，可能會因本人未簽署同意書而拒絕為本人提供治療。本人在下方的簽名表明本人已收到本表格的副本。

(患者的簽名)

(父母/監護人的簽名，若有要求)

(工整書寫患者的姓名)

(工整書寫父母/監護人的姓名)

(日期)

(日期)