



Office of Addiction Services and Supports

撤銷於：_____ 工作人員姓名首字母縮寫：_____

同意透露關於 問題賭博患者的資訊 LOCADTR 評估

患者的姓氏	名字	中間名首字母
個案編號		
設施	科室	

說明：

給患者一份本表格的副本！為該患者的個案記錄準備一（1）份副本。若將需把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。

患者同意披露和獲得個人識別資訊

將被披露或獲得的資訊的範圍或性質：

完成個性化問題賭博治療轉介的護理水平（「LOCADTR」）評估所需的所有資訊。

披露/透露的目的或性質以及披露和獲得個人識別資訊的組織名稱：

本人同意將保密資訊披露給紐約州成癮服務和支援辦公室（New York State Office of Addiction Services and Supports，OASAS）、上文給出的 OASAS 認證的治療設施，以及本人的臨床治療的付款人/管理式護理計劃 _____ 等，這包括來自 OASAS 賭博資料系統（GDS）的資訊和本人的社會安全號碼。

本人理解：僅會與本人、OASAS 治療設施和上文給出的付款人/計劃分享護理水平認定評估。除非本人有提供將這些資訊與其他機構、計劃或付款人分享的書面許可。

本人進一步理解：非個人識別資訊可能會受到評價，從而評價 LOCADTR 評估工具的有效性。

本人作為在下方簽署姓名者已閱讀上文內容，並且授權紐約州成癮服務和支援辦公室（New York State Office of Addiction Services and Supports）和在上文指名的 OASAS 認證的治療設施的工作人員披露和獲得在此具體說明的資訊。

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）個月內過期，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：任何識別資訊的所有披露均受《1996年健康保險流通與責任法案》（HIPAA）45 C.F.R. §§160 & 164 的約束。

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。本人已收到本表格的副本。

（患者的簽名）

（父母/監護人的簽名）

（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）