

关于在机构内有用药精神障碍之个人和他们的一般医疗
状况之信息披露同意书

患者的姓氏	名字	中间名缩写
个案编号		
设施		

说明：给该患者一份该表格的副本！为该患者的个案记录准备一（1）份副本

本人作为在下方签署姓名者，授权本机构的工作人员可向在下文列出的对本人的下落和进展有个人兴趣之个人说明本人在或不在本机构，还可提供关于本人的一般状况的信息。本人同意，本人如在下文列出的近亲将在发生受伤、疾病或其他紧急情况时收到通知。

近亲的姓名	电话号码
地址	

利害关系人的姓名	关系

本人理解，本人可以书面形式撤回本同意书，但这不包括经授权的信息已经依据本同意书披露的情况。无论如何，本同意书都应在本人从本机构出院后一（1）个月过期。本人还理解：所有本机构代表本人做出的披露行为受规定用药精神障碍患者记录的保密性的《联邦规则汇编》第 42 卷以及《1996 年医疗保险流通与责任法案》（“HIPAA”）。

(患者的签名)

(父母/监护人的签名，如有要求)

(患者工整书写的姓名)

(父母/监护人工整书写的姓名)

(日期)

(日期)