



**披露 HIV\* 相关保密信息的授权书**

患者/被告的姓氏	名字	中间名缩写
身份识别号码		个案编号
设施		科室

**说明：** 为该患者的个案记录准备一（1）份副本

HIV 相关保密信息是任何表明某人曾做过 HIV 检测，或者有 HIV 感染、HIV 相关疾病或 AIDS 之信息，或者任何可能表明某人有可能曾暴露于 HIV 之中的信息。

依照纽约州的法律，除了一些特定人员以外，一般仅可通过签署披露许可，才可将 HIV 相关保密信息提供给您允许的人。您可以要求获得可在无披露许可表的情况下被给予 HIV 相关保密信息的人员名单。 \*\*

如果您签署本表格，则可出于在表格中列出的原因，将 HIV 相关信息提供给列于该表格之人。您不是必须签署该表格，您也可随时改变主意。

如果您由于 HIV 相关信息的披露遭受歧视，您可拨打 (888) 392-3644 联系纽约州人权部，或者拨打 (212) 306-7450 联系纽约市人权委员会。这些机构负责保护您的权利。

将披露 HIV 相关信息之个人的姓名和地址	将被给予 HIV 相关信息之个人的姓名和地址
披露 HIV 相关信息的原因	
将披露之信息的范围或性质	
以下时间段的披露有授权	
从： _____ 至： _____	

本人关于该表格的问题已经得到解答。本人知道，本人不是必须允许 HIV 相关信息的披露，而且本人可以随时改变主意、撤回本人的同意书，但这不包括已经依据该同意书采取的行动。

\_\_\_\_\_  
(患者/被告的签名)

\_\_\_\_\_  
(父母/监护人的签名，如有要求)

\_\_\_\_\_  
(患者/被告工整书写的姓名)

\_\_\_\_\_  
(父母/监护人工整书写的姓名)

\_\_\_\_\_  
(日期)

\_\_\_\_\_  
(日期)

\* 人类免疫缺陷病毒是导致患上 AIDS（获得性免疫缺陷综合症）的病毒。

\*\* 关于用药精神障碍患者记录的联邦规则（42 CFR 第 2 部分）可要求您的同意或法院命令，即使州法律不要求。