

患者姓名	出生日期	患者身份证号码
患者地址		

本人或有本人授权的代表，要求关于本人的保健和治疗的的健康信息，也许可以按照本表格阐述的方式被透露和交流。本人理解：

- 1 本授权书可包含本人所有健康信息的披露，包括在适用时与酒精和药物治疗、心理健康治疗相关的任何及所有信息，包括临床记录*、遗传、生育计划和艾滋病毒/艾滋病相关的信息。当下文描述的健康信息包含任何此类信息时，本人明确授权向在第6项中明确给出的实体透露该信息。
- 2 除了一些例外情况以外，健康信息一旦被披露，则可被接收实体再次披露。如果本人在授权透露艾滋病毒/艾滋病相关的、酒精或药物治疗或心理健康治疗信息，包括临床记录*、遗传和/或生育计划信息，该接收实体不得在没有本人进一步授权的情况下再次披露该信息，也不得出于任何其他未在本授权书中明确给出的目的使用所披露的信息，除非有联邦或州法律允许其这么做。如果本人由于透露或披露艾滋病毒/艾滋病相关的信息遭受歧视，本人可拨打 1-888-392-3644 联系纽约州人权部。该机构负责保护本人的权利。
- 3 本人有权随时通过给第5项中列出的提供者写信来取消本授权书。本人理解本人可取消本授权书，但这不包括已经依照本授权书采取的行动。
- 4 签署本授权书是自愿的。本人理解，获得一般服务不会以本人授权本披露作为条件。但本人理解，如果本人不签署本同意书，本人可在一些情况下被拒绝治疗。

5.将收到所披露和交流之信息的提供者或实体的名称和地址： Office of Addiction Services and Supports, 1450 Western Ave, Albany, NY 12203	
6. 透露和交流信息之提供者的名称和地址： 本人授权在下文列出的提供者与在上文列出的实体（Office of Addiction Services and Supports - 成瘾服务和支持办公室）分享本人的个人健康信息。从而能够评估本人获得服务的的治疗。本人还同意成瘾服务和支持办公室可与以下提供者进行与本人过去的酒精和/或用药精神治疗历史、当前和提议的治疗服务相关的所有必要沟通： <ul style="list-style-type: none"> • 提供者的名称和地址： _____ • 其他提供者的名称和地址： _____ 	
7.本披露的目的是使获得授权之实体可与成瘾服务和支持办公室进行沟通，以促进报告。	
8.本人的健康信息可在最后一次服务之日起两（2）年内被披露和交流，或者除非因其他原因被取消。	
9.若不是患者本人，签署表格之人的姓名：	10.代表患者签署的权力：

已经完整填写本表格中的所有项目，本人关于表格的问题也已得到解答，并且已经为本人提供了一份表格副本。

患者的签名 _____
日期

法定授权代表的签名 _____
日期

本表格已经获得纽约州成瘾服务和支持办公室的批准，可被用作允许健康信息的透露。但是，本表格并不要求医疗保健提供者必须透露健康信息。

在通过本表格透露酒精/药物治疗相关的信息或保密的艾滋病毒相关的信息时，必须附上关于禁止再次披露的必须声明。

*注：可依照本授权书将心理健康临床记录中的信息披露给在此给出的且可证明需要获得信息的当事人，但前提条件是可合理地期待该披露不会对患者或其他人不利。