



客戶姓名：	
醫療記錄編號	

患者保密資訊：
 參見《加州福利與機構法案》
(California Welfare and Institutions Code) 第 5328 節

服務申請及治療同意書

本人特此為自己或本人的未成年子女申請自願接受聖馬刁縣行為健康和康復服務部 (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) 的照護和治療。

本人理解，此等照護和治療可能包含評估流程、心理健康服務、個案管理，以及在某些情況下還包括藥物治療。若本人或本人的子女接受藥物治療，本人的精神科醫生或本人子女的精神科醫生可能與其他醫生分享其處方藥物資訊，並且可能收到其他醫生的處方資訊。

若本申請獲得批准，則 **BHRS** 獲得授權管理上述治療/服務。此等同意不表示本人放棄本人的民事權利；本人有權拒絕有違醫療建議的治療。

本人進一步表示理解本人始終有權要求獲得對本人即將要接受的治療的說明，本人可以向消費者及家庭事務辦公室 (Office of Consumer and Family Affairs) 提出與服務有關的投訴，電話：800-388-5189。本人進一步表示理解，本人的紀錄是受聯邦和州法律保護的保密資訊，未經本人明確書面授權不得披露給外部人士或機構。但是，本人明白，某些資訊在 **BHRS** 《隱私慣例通知》 (Notice of Privacy Practices) 所述的一些情形下可能會未經本人授權被披露。

本人已經閱讀上述內容並同意本人/本人子女接受治療，本人進一步同意前文規定的全部條件。本人確認已經收到此協議的副本。





客戶姓名：	
醫療記錄編號 (Medical Record Number, MRN)	

_____ 日期
 客戶/家長或監護人簽名

_____ 日期
 臨床醫生簽名

客戶拒絕簽名或無法簽名，但於下述日期口頭同意接受行為健康服務。

_____ 日期
 客戶拒絕或無法簽名的原因。

確認收到《隱私慣例通知》

本人確認，本人已經收到聖馬刁縣行為健康和康復服務部的《隱私慣例通知》。

_____ 日期
 客戶/家長或監護人簽名

已經提供《隱私慣例通知》給客戶，但客戶拒絕接受。

_____ 日期
 臨床醫生簽名

未向客戶提供《隱私慣例通知》，原因如下：

_____ 日期
 臨床醫生簽名

