



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

## 聖馬刁縣行為健康和康復服務部 (BHRS) 酒精與其他藥物 (AOD) 服務科 受保護的健康資料使用或披露授權書

填寫完成本文件，即表示授權披露和/或使用下文所述的可識別個人身份的健康資訊，但須遵守有關該等資訊之隱私的加州和聯邦法律。如果未能提供所要求的所有資料，則可能導致此授權書無效。

本人，（客戶姓名）\_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

授權以下單位內部可對本人的健康資訊（詳見下文）進行交流

聖馬刁縣行為健康和康復服務部 – 酒精與其他藥物 (Alcohol and Other Drugs, AOD) 科  
 員工/項目 \_\_\_\_\_

以及下列人士/組織：

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 傳真 \_\_\_\_\_

本授權書適用於以下資訊（用姓名首字母標註一項或多項）：

\_\_\_\_\_ 評估（包括診斷）

\_\_\_\_\_ 治療計畫/建議

\_\_\_\_\_ 出院總結

\_\_\_\_\_ 完整的 AOD 記錄（含心理與身體狀況病史以及提供的治療，包括 HIV/艾滋病）

\_\_\_\_\_ 僅下列健康資訊：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 僅自（日期）\_\_\_\_\_ 至（日期）期間的健康資訊 \_\_\_\_\_

該等資訊將用於下列目的：（用姓名首字母標註一項或多項）

\_\_\_\_\_ 協調服務/轉診

\_\_\_\_\_ 評估/治療



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

會診/第 2 意見

其他 (請指明) : \_\_\_\_\_

客戶姓名 \_\_\_\_\_

除非撤銷同意，否則此授權書的有效期至以下所述的特定日期為止，或客戶自聖馬刁縣行為健康和康復服務部酒精與其他藥物 (AOD) 服務科出院之日期為止（以先到者為準）：

- 自此表格簽署/授權之日的 3 年內。失效日期：\_\_\_\_\_
- 其他日期：\_\_\_\_\_（如果與上述的特定日期不同）

**限制**

聯邦和加州法律禁止您的健康資訊的接收者繼續披露該等資訊，除非其獲得您的書面授權，或者該等披露是法律所明確要求或許可的。但是，如果您已授權將您的健康資訊披露給無法定保密義務的人士，則您的健康資訊可能會被繼續披露且不再受到保護。

**本人的權利**

本人可以拒絕簽署本授權書。本人可以檢查或獲取一份本人被要求披露的受保護健康資訊的副本。本人有權收到一份本授權書的副本。本人可以隨時撤銷本授權書。當撤銷此授權書，本人必須提供書面形式，由本人親自或代表本人之人士簽名，並遞送至以下地址：\_\_\_\_\_

本人之撤銷將在收訖時立即生效，但對於請求者或其他方已依賴本授權書所採取的行動而言不具有效力。治療、付款、入保和/或福利資格，不會被本人提供或拒絕提供本授權的行為所影響。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
(客戶/法定代理人)

若由客戶以外的人士簽署，則該人士與客戶在法律上的關係是： \_\_\_\_\_



SAN MATEO COUNTY HEALTH  
**BEHAVIORAL HEALTH  
& RECOVERY SERVICES**

**保密性患者資訊：**

參見《加州福利與機構法案》(California Welfare and Institutions Code) 第 5328 節

客戶見證人/代理人簽名 \_\_\_\_\_