



除非書面撤銷授權，否則本授權將自簽署日期起一年內有效，或至  
\_\_\_\_\_前有效。

(指明早於一年的日期。)

### 限制

加州法律禁止請求者進一步披露本人的受保護健康資訊，除非請求者另外向本人獲得一份授權，或者除非該等披露為法律所明確要求或許可的。

### 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。本人之撤銷必須以書面形式作出，由本人簽署或由他人代表本人簽署，並遞送至下列地址 \_\_\_\_\_

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根據本授權書所採取的行動而言不具有效力。

治療、付款、入保和/或福利資格將不會基於本人提供或拒絕提供本授權的行為。

將本人的健康資訊發送給：姓名/名稱 \_\_\_\_\_

傳真 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_。

客戶/代理人簽名 \_\_\_\_\_ 見證人

(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。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。)

複印填寫完整的授權書並提供給客戶。