

保密的患者資訊：  
參見《加州福利與  
機構法案》  
第 5328 節。

聖馬刁縣行為健康和康復服務部



有關於向家人、朋友或提供社會支持的個人口頭披露受保  
護健康資訊的授權書

客戶姓名 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 心理健康# \_\_\_\_\_

本人特此授權聖馬刁縣心理健康服務部可同指定人士口頭討論下列資訊（該等資訊是在本人的精神病和/或藥物和酒精評估和治療過程中獲得的），具體如本人的姓名首字母簽名所指示：

- \_\_\_\_\_ 本人在該項目中的整體狀態
- \_\_\_\_\_ 本人的整體生理和心理健康情況
- \_\_\_\_\_ 本人在本項目中的目標
- \_\_\_\_\_ 本人的用藥情況
- \_\_\_\_\_ 如何支持本人在本項目中的進展
- \_\_\_\_\_ 特殊問題領域（請指明）
- \_\_\_\_\_ 住院

其他： \_\_\_\_\_

上述所指出指明指明的資訊僅可與以下指定人士口頭討論：

姓名 _____	姓名 _____
地址 _____	地址 _____
電話 _____	電話 _____
關係 _____	關係 _____

此許可僅限於口頭資訊的披露。禁止向任何未指明的人士披露指定的口頭資訊。對於擬定口頭資訊的新用途或是將口頭資訊轉交給另一人士，必須另外獲得一份書面同意。

除非書面撤銷此許可，否則本授權將自簽署日期起一年內有效。

_____	_____
客戶簽名	日期
_____	_____
負責治療的臨床醫師簽名	日期
_____	_____
父母、監護人或客戶 授權代表	日期

（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。）