



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

**有關於口頭披露受保護健康資訊給家人、
 朋友或提供社會支持的個人的授權書**

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所獲得），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
 _____ 本人的用藥情況 _____ 治療相關資訊 _____ 住院
 _____ 其他： _____

上述指明的資訊可與以下人士口頭討論：

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

本同意書僅適用於口述資料的披露。禁止向任何未指明的人士口頭披露指定的資訊。除非書面撤銷同意，或另有時間期限規定，否則此授權書自此表格簽署/授權當日起的 3 年內有效。失效日期： _____

客戶/法定代理人
 簽名/姓名 _____ 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：

見證人/臨床醫生簽名 _____ 日期 _____



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

(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。)