



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

受保護健康資訊使用或披露授權書

填寫完成本文件，即表示在符合加州和聯邦關於這類資訊隱私權的法律範圍內，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。若未能提供**所有必要資訊**，則本授權書可能無效。

本人（客戶姓名） _____ 出生日期 _____

授權聖馬刁縣行為健康和康復服務部 - AOD 科員工/項目 _____
以及下列人士/組織可對本人的健康資訊（詳見下文）進行交流：

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）：

- _____ 評估報告（包括診斷）
- _____ 治療計畫/建議
- _____ 出院小結
- _____ 完整的 AOD 記錄（含心理與生理病史以及提供的治療，包括 HIV/艾滋）
- _____ 僅下列健康資訊： _____
- _____ 僅（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/轉介
- _____ 評估/治療
- _____ 會診/二次診斷意見
- _____ 其他（請指明）： _____

客戶姓名 _____

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，或至以下日期前有效：

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。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。

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： _____

客戶見證人/代理人簽名_____
