

洛杉矶县心理健康服务部
使用或披露受保护的健康信息授权书

客户:

客户姓名/曾用姓名

出生日期

客户编号

法定代理人姓名 (如果适用)

街道地址

市, 州 邮政编码

使用或披露受保护的健康信息授权予:

机构名称

医疗服务提供者/其他

街道地址

街道地址

市, 州 邮政编码

市, 州 邮政编码

披露信息:

☐ 评估/评价

☐ 心理测试结果

☐ 诊断

☐ 实验室检验结果

☐ 用药历史/当前用药

☐ 治疗

☐ 完整病历 (说明理由):

☐ 其他 (具体说明):

附录: 记录可能包括有关酒精和毒品使用以及 HIV 或艾滋病的信息。总之, 戒毒和戒酒机构的治疗记录和 HIV 检验结果不会被披露, 除非有特别要求。

请选择所有适用项目: ☐ 酒精或毒品记录

☐ HIV 检验结果

交付所需记录的方式:

☐ 邮寄

☐ 自取

☐ 电子设备 (CD、U 盘)

使用或披露的目的: (请选择适用的分类)

☐ 客户要求

☐ 其他 (具体说明):

该机构是否会因为使用或披露该信息获利? ☐ 是 ☐ 否

我明白我受保护的健康信息根据此授权被使用或披露之后可能不再受到联邦法律的保护, 并且可能被接受信息的人在没有我授权的情况下进一步使用或披露。我也明白一旦我的信息被使用或披露, 将不可能再被收回。

到期日: 本授权书有效期至 ____ / ____ / ____。
月 日 年

洛杉矶县心理健康服务部
使用或披露受保护的健康信息授权书

您对此授权书拥有的权利：

有权获得此授权书的一份副本—— 我明白如果我同意签署此授权书，虽然我并未被要求这样做，我必须获得一份签署后的授权书副本。

有权撤销授权—— 我明白我有权在任何时间以书面通知 LACDMH 撤销此授权书。我可以此使用此授权书下方的取消授权表并将其邮寄或送交到：

联系人

机构名称

地址

市，州 邮政编码

我也明白，撤销授权不会影响 LACDMH 或其他医疗保健提供者的能力来使用或披露相关的健康信息，原因与先前已经依赖此授权书是法律所允许。

条件：我明白我可以拒绝签署本授权书，这不会影响我获得治疗。然而，LACDMH 可以将提供与研究相关的治疗，以获得使用或披露为该研究有关的治疗而创建受保护健康信息的授权。（换句话说，如果本授权书与包括治疗在内的相关研究，除非您签署此授权书，否则您将不能得到该项治疗）。

我有机会审查并理解本授权书的内容。签署本授权书，表明我确认其准确反映了我的意愿。

x

x

客户/法定代理人签字

日期

如果不是客户本人签字，请说明签字人与客户的关系并授权：

x

撤销授权

客户姓名

客户/法定代理人签字

日期

如果不是客户本人签字，请说明签字人与客户的关系并授权：

正楷姓名：_____

关系和授权：_____