

清除全部表格內容  
 洛杉磯郡精神健康部  
 受保護健康資料之使用或披露授權書

客戶：

客戶姓名/舊姓名	生日	客戶編號
法定代理人姓名 (如適用)		
街道地址		城市、州、郵遞區號

授權：

以下機構或人員使用或披露  
受保護之健康資料：

機構名稱	醫療護理提供者名稱/其他
街道地址	街道地址
城市、州、郵遞區號	城市、州、郵遞區號

要被釋出的資料：

- 評定/評估報告
  心理測試結果
  診斷書  
 化驗結果
  用藥史/目前用藥內容
  治療項目  
 全部記錄 (請說明理由) : \_\_\_\_\_  
 其他 (請詳述) : \_\_\_\_\_

**請注意：**記錄內容可能包含與酒精、藥物使用和人類免疫缺乏病毒(HIV)或愛滋病有關的資料。然而，來自毒品與酒精治療機構的治療記錄或者是人類免疫缺乏病毒(HIV)測試結果，除有特別要求之外將不予披露。

勾選所有適用的項目： 酒精或毒品治療記錄  HIV測試結果

檔案資料遞送方式：

- 郵寄
  自取
  電子裝置 (CD、USB)

使用或披露目的：(請勾選適用的類別)

- 客戶要求  
 其他 (請詳述) : \_\_\_\_\_

該機構是否將因使用或披露資料而收到任何益處？  是  否

本人瞭解，本人的「受保護健康資料」在依本授權書內容而被使用或披露之後，就不再受聯邦法律的保護且該收受者能於未取得本人授權之下對該資料作進一步的使用或披露。本人亦瞭解，本人資料一旦被使用或披露之後，可能有無法取回的風險。

到期日：本授權書有效日期至 \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 年 為止。

**洛杉磯郡精神健康部**  
**受保護健康資料之使用或披露授權書**

**您對本授權書的權利：**

**有權獲得本授權書的副本** — 本人瞭解，本人可以選擇是否要簽署授權書，如果本人同意簽署授權書，本人必須獲得一份有簽名的授權書副本。

**有權撤銷本授權書** — 本人瞭解，本人有權隨時以書面方式通知洛杉磯郡精神健康部撤銷本授權書。本人需使用下方的「撤銷授權書」並以郵寄或親送方式送至：

---

 聯繫人

---

 機構名稱

---

 地址

---

 城市、州、郵遞區號

本人亦瞭解，撤銷授權書將不影響洛杉磯郡精神健康部或任何醫療護理提供者，基於之前本授權書所同意的原因或其他法律所允許的原因來使用或披露該健康資料的能力。

**條件：**本人瞭解，本人即使拒絕簽署本授權書，還是可以獲得治療。然而，洛杉磯郡精神健康部可能會規定在提供與研究相關的治療項目前，必須先取得能使用或披露為該治療項目所建立的受保護健康資料的授權書。（即如果本授權書和涉及治療項目的研究有所關聯，您就一定要簽署本授權書，否則您將無法接受該治療項目。）

本人已詳閱並瞭解本授權書的內容。簽署本授權書即代表本人確認本授權書如實反映本人所願。

---

 x

---

 x

---

 客戶／法定代理人簽名

---

 日期

如由客戶本人以外的人士簽名，請述明其關係和權限：

---

 x

**撤銷授權書**

---

 客戶姓名

---

 客戶/法定代理人簽名

---

 日期

如由客戶本人以外的人士簽名，請以正楷書寫姓名並述明其關係和權限。

正楷書寫姓名：\_\_\_\_\_

關係和權限：\_\_\_\_\_