

洛杉磯縣心理健康局
使用或披露受保護健康資訊授權書

客戶：

客戶姓名/以前姓名

出生日期

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健康資訊
(PHI)：

機構名稱

醫療保健提供者/其他人員姓名

街道地址

街道地址

城市、州、郵遞區號

城市、州、郵遞區號

待釋放資訊：

評估/評價

心理測試結果 診斷

實驗室檢驗結果

用藥

治療/病程記錄

全部記錄

其他（請註明）：_____

注意：有關物質或酒精使用、人類免疫缺乏病毒/愛滋病和/或有關生殖或性健康的資訊不會被披露，除非勾選此處提出明確要求： 飲酒 物質使用 人類免疫缺乏病毒/愛滋病
 墮胎 生殖保健

治療日期

我授權釋放以下期間的記錄：從_____到_____

所需記錄的交付方法：_____ 月月/日日/年年年年 _____ 月月/日日/年年年年

郵寄

自取

發送電子郵件至：_____

使用或披露的目的：（勾選適用類別）

客戶要求

其他（請註明）：_____

我瞭解，對我的 PHI 的任何披露都可能導致未經授權的再次披露，並且該資訊可能不受聯邦保密規則的保護。但是，我瞭解，根據加利福尼亞州法律，禁止根據本授權接收 PHI 之人士再次披露 PHI，除非獲得書面授權或法律特別要求或允許。我也明白，我的資訊一旦被使用或披露，可能無法收回。

失效日期：

除非患者另行撤銷，否則向上述個人/組織釋放醫療保健資訊的授權將自簽署日期起 **1 年自動失效**，或在以下指定日期或事件發生時失效，以先發生者為準。

此授權有效期至 ___/___/____ 或 _____
月 日 年 事件

洛杉磯縣心理健康局
使用或披露受保護健康資訊授權書

您對此授權的權利：

獲得授權書副本的權利 - 我瞭解，我並不是必須簽署本授權書，如果我同意簽署，則必須向我提供此表格的已簽名副本。

撤銷授權的權利 - 我瞭解我有權隨時通過書面通知洛杉磯縣心理健康局撤銷此授權。要撤銷授權，我可以填寫本表格底部的撤銷授權表，並將撤銷表郵寄或遞送至：

連絡人	機構名稱
地址	城市、州、郵遞區號

我還瞭解，撤銷授權書將不影響洛杉磯縣心理健康局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：我瞭解我可以拒絕簽署本授權書，而不影響我獲得治療的能力。然而，在提供與研究相關的治療時，洛杉磯縣心理健康局可能會以獲得使用或披露為該研究相關治療創建的受保護健康資訊的授權為條件。（也就是說，如果本授權與包括治療的研究相關，除非簽署本授權書，否則您將無法接受該治療。）

我有機會查看並理解本授權書的內容。簽署本授權書，即表示我確認授權書準確地反映了我的意願。

x	x
客戶/法定代理人簽名	日期

如果由客戶以外的其他人簽署，請說明關係和權限：

撤銷授權	
客戶姓名	
客戶/法定代理人簽名	日期
如果由客戶以外的其他人簽署，請用正楷書寫姓名並說明關係和權限。	
正楷書寫姓名： _____	
關係和權限： _____	