



洛杉矶县心理健康局  
使用或披露受保护健康信息授权书

您对此授权的权利：

**获得授权书副本的权利** - 我了解，我并不是必须签署，如果我同意签署本授权书，则必须向我提供此表格的已签名副本。

**撤销授权的权利** - 我了解我有权随时通过书面通知洛杉矶县心理健康局撤销此授权。要撤销授权，我可以填写本表格底部的撤销授权表，并将撤销表邮寄或递送至：

联系人

机构名称

地址

城市、州、邮政编码

我还了解，撤销不会影响洛杉矶县心理健康局或任何医疗保健提供者出于与先前依赖本授权相关的原因或法律允许的其他原因使用或披露健康信息的能力。

**条件**：我了解我可以拒绝签署本授权书，而不影响我获得治疗的能力。然而，在提供与研究相关的治疗时，洛杉矶县心理健康局可能会以获得使用或披露为该研究相关治疗创建的受保护健康信息的授权为条件。（也就是说，如果本授权与包括治疗的研究相关，除非签署本授权书，否则您将不会接受该治疗。）

我有机会查看并理解本授权书的内容。签署本授权书，即表示我确认授权书准确地反映了我的意愿。

x

x

客户/法定代理人签名

日期

如果由客户以外的其他人签署，请说明关系和权限：

x

**撤销授权**

客户姓名

客户/法定代理人签名

日期

如果由客户以外的其他人签署，请用正楷书写姓名并说明关系和权限。

正楷姓名：\_\_\_\_\_

关系和权限：\_\_\_\_\_