



洛杉矶县精神卫生局
健康信息交换（HIE）共享状态变更表

HIE 共享状态变更		
仅当您希望变更当前状态，以允许或限制与您存在检查或治疗关系的临床医务人员通过健康信息交换系统（Health Information Exchange, HIE）共享您的健康信息时，请使用本表。 状态变更生效日期：_____（月/日/年） 请选择以下其中一项： ☐退出共享： 本人不同意通过健康信息交换系统（HIE）共享本人的个人健康信息。 ☐加入共享： 本人现同意通过健康信息交换系统（HIE）共享本人的个人健康信息。共享内容可能包括截至今日之前记录的相关健康信息。		
确认与签字		
服务对象*签名：	服务对象姓名：	日期：
法定责任人**签名：	与服务对象的关系：	日期：
见证人/口译员***签名：	口译语言：	日期：

* 未成年服务对象：未成年服务对象如以本人签名接受服务，其临床档案中必须存有已签署的《未成年人同意书》。

** 法定责任人：指根据法律要求的法定监护人、照管人，或未成年人的父母。

***见证人/口译员：指见证本表签署过程的人员（工作人员或其他人员），或服务对象将本表口译为其他语言的人员。

本保密信息根据州和联邦法律法规向您提供，包括但不限于适用的《福利与机构法典》（Welfare and Institutions Code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保险流通与责任法案》（HIPAA）隐私标准。未经相关服务对象/授权代理人事先书面许可，禁止复制本信息用于进一步披露，法律另有规定的除外。本信息在完成原始申请所述目的后，须予以销毁。	姓名：_____ 身份识别号：_____ 机构：_____ 服务提供者编号：_____ 洛杉矶县 - 精神卫生局
---	---