



## 洛杉磯縣精神衛生局 健康資訊共享（HIE）共享狀態變更

### HIE共享狀態變更

請只在你希望變更目前狀態、允許或限制與和你有檢測或治療關係的臨床醫生共享健康資訊共享（HIE）資料時，使用本表格。

狀態變更生效日期：\_\_\_\_\_（月/日/年）

請從以下選項中選擇一項：

☐ **退出共享**：我不同意在健康資訊共享（HIE）中共享我的個人健康資料。

☐ **加入共享**：我現在同意在健康資訊共享（HIE）中共享我的個人健康資料。這可能包括在今天之前記錄的相關健康資料。

### 確認與簽署

|               |           |     |
|---------------|-----------|-----|
| 服務對象簽署*：      | 服務對象姓名：   | 日期： |
| 負責成年人簽署**：    | 與服務對象的關係： | 日期： |
| 見證人/口譯員簽署***： | 口譯語言：     | 日期： |

\* 未成年服務對象：以本人簽署接受服務的未成年服務對象，其臨床病歷中必須存有已簽署的《未成年人同意書》。

\*\* 負責成年人：監護人、受託人，或法律要求時未成年人的父母。

\*\*\* 見證人/口譯員：見證本表格簽署的人員（工作人員或其他人員），或為服務對象將本表格口譯為其他語言的人員。

本保密資料是根據州和聯邦法律法規向你提供的，包括但不限於適用的《福利與機構法典》（Welfare and Institutions code）、《民法典》（Civil Code）以及《健康保險流通與責任法案》（HIPAA）私隱標準。未經有關服務對象/授權代理人事先書面許可，不得複製本資料作進一步披露，法律另有規定者除外。本資料在完成原申請所述目的後，須予以銷毀。

姓名：\_\_\_\_\_ 身分識別號碼：\_\_\_\_\_

機構：\_\_\_\_\_ 服務提供者編號：\_\_\_\_\_

洛杉磯縣－精神衛生局