



其它: \_\_\_\_\_

**州和联邦法律保护以下信息。如适用于您，请说明您是否愿意披露/让他人获取此信息（必要时可注明日期）：**

- |              |                            |                            |
|--------------|----------------------------|----------------------------|
| 心理健康记录       | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心理治疗记录       | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| HIV 检测及结果    | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酒精、药物或物质滥用记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 遗传记录         | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

**涵盖下述医疗保健时期：** 具体日期 \_\_\_\_\_ 到 \_\_\_\_\_ **或**

所有过去、现在和将来的经历/就诊

**索取信息的目的：** 解决我的投诉或上诉申请

以下签署人可以随时撤销此授权同意书，除非已根据本同意书采取行动，如未提前撤销，则将自同意书签署之日起六 (6) 个月后终止。签署人可以通过书面或口头方式告知消费者援助撤销此披露授权同意书。

\_\_\_\_\_  
客户或授权代表签名 日期

\_\_\_\_\_  
正楷姓名 与患者的关系（如适用）

**除非在披露目的中有所暗示，否则严禁接收者披露任何医疗记录信息。禁止重新披露受保护的 SUD 信息：42 CFR 第 2 部分禁止未经授权披露这些记录。**