



酒精、藥物與心理健康服務
MANUEL JIMENEZ 主任，婚姻與家庭治療碩士

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / 聽障專線 (510) 567-6884
免付費專線：1 (800) 779-0787
傳真：(510) 639-1346

機密資訊披露授權書
(本表格雙面皆須填寫完整)

消費者的姓氏	名字	中間名	出生日期
街道地址	城市	郵遞區號	日間聯絡電話

本人 (下方署名者) 謹此授權以下個人/機構披露本人的機密資訊 (包括醫療和精神科記錄)：

醫師姓名/醫療機構名稱	電話		
街道地址	城市/州	郵遞區號	傳真號碼 (如果知道)

收信人： ACBHCS – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

披露目的須以解決本人提出之投訴或申訴為限。本人另授權前述個人/機構在必要之情況下提供本人機密資訊的副本。

本授權以下列範圍為限 (請勾選其中一項)：

- 所有醫療記錄
- 僅限 _____ 到 _____ 之間的治療相關記錄
- 僅限於因下列症狀或外傷而住院及治療

的相關記錄： _____

- 僅限下列特定資訊： _____

~翻頁~



如未採取合理之行動，下方署名者得隨時撤銷本同意授權，如未提前撤銷，本同意授權亦會在同意日期起六 (6) 個月後終止。簽名者得以書面或口頭告知消費者協助辦事處的方式撤銷本披露同意書。

消費者、法定監護人、代理人 (請圈選其中一項) 簽名

日期

見證人簽名

日期

嚴禁獲授權者披露任何醫療記錄資訊，惟在披露目的中有間接說明者除外。