



酒精、药物和心理健康服务  
MANUEL JIMENEZ 主任, 婚姻与家庭治疗硕士

Quality Assurance Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, California 94606  
(510) 567-8100 / 听障专线 (510) 567-6884  
免费热线: 1 (800) 779-0787  
传真: (510) 639-1346

机密信息披露授权书  
(此表两面均需填写)

消费者姓氏	名字	中间名	出生日期
街道地址	城市	邮政编码	日间电话

本人在此签名授权以下人员/机构披露我的机密信息, 包括医疗和精神健康记录:

医师姓名/医疗机构名称	电话		
街道地址	城市/州	邮政编码	传真号码 (如有)

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

这些信息仅供处理投诉或申诉请求之用。本人另授权上述个人/机构应要求提供上述信息的副本。

此授权限制范围如下 (选择一项):

- 所有医疗记录
- 仅限自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 期间的治疗相关记录
- 仅限以下病况或损伤的入院和治疗相关记录:

仅限以下指定信息: \_\_\_\_\_

~翻页~



所采取行动如无合理依据，本同意书得由签署人随时撤销，期间如未撤销，则自同意之日起六 (6) 个月后终止。签署人可书面或口头告知消费者援助办公室撤销此披露授权。

\_\_\_\_\_  
消费者、法定监护人、代表（圈选其一）签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
联署人签名

\_\_\_\_\_  
日期

除非在披露用途中已有间接说明，否则禁止任何接收方披露任何医疗记录信息。