

機密資訊披露授權書
(請填妥此表格的正反兩面)

第 1 頁

消費者姓氏	名字	中間名	出生日期
-------	----	-----	------

地址	城市	郵遞區號	日間聯絡電話
----	----	------	--------

社會安全號碼 ***(必填)**

本人要求下列醫療機構將本人之受保護健康資訊 (PHI)：

醫療保健機構名稱	電話
----------	----

地址	城市/州省	郵遞區號	傳真號碼 (如果知道的話)
----	-------	------	---------------

向下列機構披露：ACBH – QA 辦公室

消費者協助中心

2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

本人授權本人下列病歷之 PHI 可供批露：

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急診記錄 | <input type="checkbox"/> 病理診斷/報告 |
| <input type="checkbox"/> 篩檢報告 | <input type="checkbox"/> 列舉帳單記錄 |



- 放射線影像報告
- 疫苗接種記錄
- 完整病歷 (全部資料頁)
- 其他： _____
- 出院病歷摘要
- 病史與體檢、諮詢
- 手術報告

州法律與聯邦法律規定下列資訊需予以保密。如果此資訊適用於您的情況，請註明您是否願意讓此資訊公開/供他人取得(可註明有效日期)：

- | | | |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 心理健康記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心理治療記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 人體免疫缺陷病毒 (HIV) 篩檢與結果 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酒精、藥物或物質濫用記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 基因記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

涵蓋範圍為下列期間之保健記錄：具體日期_____至_____或

所有過往、目前及未來之照護/門診

索取資訊的用途：決議我的申訴或上訴申請

下方簽署者隨時可撤銷本同意書，依據本同意書內容所採取之行動則不在此限，本同意書自簽署日期起算，最多六 (6) 個月即失效，亦可提前終止。簽署者可通知「消費者協助中心」，以書面或口頭方式撤銷本披露同意書。

客戶或授權代表簽名

日期

正楷姓名

與病患之間的關係 (如果適用的話)

嚴禁接獲病歷資訊之人士披露任何病歷資訊，披露用途所隱含者不在此限。禁止重新披露受保護的 SUD 資訊：42 CFR 第 2 部分禁止未經授權即披露這些記錄。