



Karyn Tribble, 心理学博士兼持证临床社会工作者
主任

保密信息披露授权书

(请填写本表的正反两面。)

消费者姓氏 名字 中间名 出生日期

街道地址 城市 邮政编码 日间联系电话

社会保障号码 * **(必填)**

本人请求以下机构披露本人的受保护健康信息 (PHI):

医疗服务提供者名称 电话

街道地址 州/城市 邮政编码 传真号码
(如果知道)

披露对象： ACBHD–消费者援助办公室
消费者援助部门
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

本人授权披露本人医疗记录中的以下 PHI：

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急诊室记录 | <input type="checkbox"/> 病理切片/报告 |
| <input type="checkbox"/> 实验室报告 | <input type="checkbox"/> 明细账单记录 |
| <input type="checkbox"/> 放射科报告 | <input type="checkbox"/> 出院小结 |
| <input type="checkbox"/> 免疫接种记录 | <input type="checkbox"/> 病史与体格检查、 |
| <input type="checkbox"/> 完整医疗记录
(所有页面) | <input type="checkbox"/> 会诊记录 |
| <input type="checkbox"/> 其他： _____ | <input type="checkbox"/> 手术报告 |

根据州与联邦法律，以下信息受到保护。如涉及您的相关信息，请注明是否同意披露/获取该信息（如适用，请注明日期）：

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Chinese (Simplified Han)_LP.docx

**2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(听障专线： 1-510-533-5018)**

- | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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 |
| 艾滋病病毒 (HIV) 检测和结果 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酗酒、吸毒或物质滥用记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 基因记录 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

涵盖的医疗服务时间段： 特定日期 _____ 至 _____ **或**
 所有过去、现在及未来的就诊记录

请求披露信息的目的： 解决本人的申诉或上诉申请

本授权可由签署人随时撤销，但撤销前已基于本授权采取的行动不受影响。若未提前撤销，本授权自签署之日起 6 个月后自动终止。签署人可通过书面形式或口头通知消费者援助部门撤销本授权。

客户或授权代表签名

日期

正楷体姓名

与患者的关系 (如适用)

除披露目的隐含的授权范围外，信息接收方严禁披露任何病历信息。受保护物质使用障碍 (SUD) 信息的再披露禁令：《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分禁止未经授权披露此类记录。

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Chinese (Simplified Han)_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(听障专线：1-510-533-5018)