

物质使用信息使用与披露同意书
仅用于治疗、支付与医疗保健运营，或仅用于支付与医疗保健运营
(《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分)

阿拉米达县卫生局 (AC Health) 致力于为您提供最高质量的医疗服务。AC Health 下设多个部门和项目，例如行为健康、公共卫生、紧急医疗服务、无家可归者医疗保健、以及无家可归与住房服务等。AC Health 还与社区服务提供者签约以提供这些基本服务。为确保您获得安全、协调、有效的医疗服务，我们的临床团队成员需要全面了解您的健康史以及您在本县及其下辖服务提供者处所接受的医疗服务。因此，AC Health 行为健康部 (ACBHD) 请求您的许可，将您的物质使用信息用于治疗、支付和医疗保健运营目的。签署本文件即表示您授权按照下述规定使用和披露您的物质使用信息。

第 1 部分：客户信息

全名： _____
(名字) (中间名首字母) (姓氏)

诊所/项目名称： _____

Medi-Cal 客户识别号 (CIN)

出生日期

电话号码

第 2 部分：使用与披露同意及披露目的

签署本表格即表示本人同意，允许第 3 部分所列个人和机构，出于以下目的（仅选择以下一项），向第 4 部分所列个人和机构披露本人第 5 部分所述信息：

☐ **治疗、支付与医疗保健运营 (TPO)**

或

☐ **仅支付与医疗保健运营**

本人 ~~未授权~~ 根据本同意书出于治疗目的的披露本人的第 2 部分记录。

治疗、支付与医疗保健运营的示例如下。

治疗	例如，这允许物质使用服务提供者与本人的治疗服务提供者（如精神健康、初级保健服务提供者）协商，以改进本人的治疗计划；或允许 ACBHD 协调本人与住房服务或公共福利的对接。
支付	例如，这允许本人的医疗服务提供者共享信息，以获取服务报酬并确定本人获得服务或福利的资格。
医疗保健运营	例如，这允许为开展行政、财务、法律、审计和质量改进活动共享本人信息，这些活动是机构运营业务以及支持本人治疗和服务支付所必需的。

第 3 部分：披露信息的组织名称或类型

- 阿拉米达县卫生局行为健康部。
- 任何过去、现在或未来负责本人治疗、支付或医疗保健运营的服务提供者或机构，包括任何协助其开展上述活动的机构。

第 4 部分：接收信息的组织名称

- 阿拉米达县卫生局行为健康部。
- 加州医疗保健服务部。
- 健康计划或医疗服务提供者。
- 任何过去、现在或未来负责本人治疗、支付或医疗保健运营的服务提供者或机构，包括任何协助其开展上述活动的机构。

第 5 部分：待披露的物质使用治疗信息描述

本人同意，为本同意书所述目的，披露本人受《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分保护的物质使用障碍信息（包括但不限于诊断、用药、治疗记录以及家庭和社会史）。

第 6 部分：有效期

本同意书长期有效，除非本人在此处填写到期日期或事件：_____

第 7 部分：本人的权利

- 本人理解，本人并非必须签署本同意书。如本人未签署以至少准许出于支付和医疗保健运营目的使用和披露信息，本人可能会被拒绝使用需要披露本人物质使用信息的项目或服务。
- 本人可随时通过联系本人不希望其披露本人信息的个人或机构来撤销本同意，此类个人或机构已基于本同意披露了本人信息的除外。本人的撤销可以口头或书面形式作出。
- 本人有权获得本同意书的副本。

第 8 部分：再披露通知

签署本同意书即表示本人允许按照上述规定披露本人的物质使用信息。第 4 部分所列个人或机构可依据本同意，仅在法律允许的范围内，出于治疗、支付与医疗保健运营之目的或仅出于支付与医疗保健运营之目的（取决于本人在第 2 部分的勾选）使用和披露本人信息。

本人信息一旦依据本同意被使用或披露，其后续使用和披露可能受《健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 约束，而非《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分下更严格的保护。但是，第 2 部分仍继续禁止在未经本人专门书面同意或法院命令的情况下，在针对本人的刑事、民事或行政程序中使用和披露本人的物质使用信息。

第 9 部分： 签名

以下至少一项必须签署并注明日期，本表格方为完成

客户签名

日期

如客户为根据州法律有权自行同意接受物质使用治疗的未成年人，该未成年人必须签署本表格。
如您年满 18 岁，或您的监护权发生变更，您需要重新提供同意。

父母/监护人或授权代表正楷体姓名

父母/监护人或授权代表签名

日期

如代表未成年人签署，签署人必须经法律授权，方可同意披露未成年人的物质使用障碍信息。
必须提供授权证明文件（如监护权文件、法院命令）。请说明授权依据：

《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