

物質使用資訊使用與披露同意書

僅限用於治療、付款及醫療保健業務 或 付款及醫療保健業務 (42 CFR PART 2)

阿拉米達縣衛生局 (AC Health) 致力於提供最高品質的照護服務。阿拉米達縣衛生局涵蓋多個部門與計畫，包括行為健康部、公共衛生部、緊急醫療服務部、無家可歸者醫療照護，以及無家可歸與住宅服務部等。阿拉米達縣衛生局亦與社區服務組織簽約，以提供這些關鍵服務。為確保您獲得安全、協調且有效的照護，我們的臨床團隊成員需要完整了解您的健康病史，以及您在本縣及附屬服務組織所接受過的照護紀錄。基於此原因，阿拉米達縣衛生局行為健康部 (ACBHD) 特此徵求您的同意，將您的物質使用資訊用於治療、醫療給付及醫療保健業務之目的。簽署本文件即表示您授權按照下述說明，使用並披露您的物質使用資訊。

第 1 節 個案基本資料

全名：_____

(名字) (中間名首字母) (姓氏)

診所 / 計畫名稱：_____

加州醫療補助個人識別碼

出生日期

電話號碼

第 2 節 使用與披露同意書及披露目的

簽署本表單即表示我同意允許第 3 節所列之個人與組織，向第 4 節所列之個人與組織披露第 5 節所述之個人資訊，其目的如下（僅選擇以下其中 一項）：

☐ 治療、付款及醫療保健業務 (TPO)

或

☐ 僅限付款及醫療保健業務

依據本同意書，我 未授權 出於治療目的披露 我的第 2 部分紀錄。

治療、付款及醫療保健業務之範例如下。

治療	例如，允許物質使用服務提供者諮詢我的治療提供者（例如，心理健康、初級照護）以完善我的治療計畫，或允許 ACBHD 協助我聯絡住房服務或公共福利。
付款	例如，允許我的醫療照護提供者分享資訊，以收取服務費用並確認我是否符合獲得服務或福利的資格。
醫療保健業務	例如，允許分享我的資訊，用於組織營運及支援我的治療及支付服務費用所需的行政、財務、法律、審計與品質改善活動。

第 3 節 披露資訊之組織名稱或類型

- 阿拉米達縣衛生局行為健康部。
- 負責我的治療、付款及醫療保健業務之任何過去、現在或未來的服務提供者或組織，包括協助其辦理上述業務的任何組織。

第 4 節 接收資訊之組織名稱

- 阿拉米達縣衛生局行為健康部。
- 加州醫療保健服務部
- 健康保險計畫或醫療照護提供者
- 負責治療、付款及醫療保健業務之任何過去、現在或未來的服務提供者或組織，包括協助其辦理上述業務的任何組織。

第 5 節 披露之物質使用治療資訊說明

我同意披露受 42 CFR 第 2 部分保護之物質使用障礙資訊（包括但不限於診斷、用藥紀錄、治療紀錄，以及家庭與社會病史），用於本同意書所述之目的。

第 6 節 效期

本同意書永不失效，除非我在此填入失效日期或失效事件：_____

第 7 節 我的權利

- 我了解，我並非一定要簽署本同意書。如果我不簽署至少授權出於付款及醫療保健業務目的使用及披露我的資訊，我可能會被拒絕參與需要披露我的物質使用資訊的計畫或服務。
- 我可隨時聯絡我不希望其披露資訊之個人或組織來撤銷此同意；但若其已依據本同意披露我的資訊，則不在此限。我可以口頭或書面方式提出撤銷。
- 我有權索取並獲得本同意書的副本。

第 8 節 再次披露須知

簽署本同意書即表示我同意依上述說明披露我的物質使用資訊。第 4 節列出的個人或組織得依據本同意書，僅在法律許可範圍內，出於治療、付款及醫療保健業務，或僅用於付款及醫療保健業務（視我在第 2 節勾選之項目而定）使用及披露我的資訊。一旦依據本同意書被使用或披露我的資訊，其後續之使用或披露將適用《醫療保險可攜性與責任法案》(HIPAA) 之規定，而非適用 42 CFR 第 2 部分更嚴格的保護標準。然而，第 2 部分仍然禁止在未取得我明確書面同意或法院命令的情況下，針對我的刑事、民事或行政訴訟程序中使用與披露我的物質使用資訊。

第 9 節 簽名

至少簽署下方其中一個欄位並註明日期才算完成此表格

個案簽名

日期

若個案為未成年人，但依州法律規定具備法定權限得自行同意接受物質使用治療，則須由該未成年人親自簽署本表單。若您年滿 18 歲，或您的監護權發生變更，您將需要重新提供新的同意書。

家長 / 監護人或法定授權代表（正楷姓名）

家長 / 監護人 / 法定授權代表簽名

日期

若代表未成年人簽署，該簽署人須獲得合法授權，方得同意披露該未成年人之 SUD 資訊。必須提供權限證明文件（例如，監護權文件、法院命令）。請說明授權依據：

42 CFR 第 2 部分禁止未經授權使用或披露此類紀錄