

## 物质使用信息披露同意书

### 用于其他目的（《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分）

#### 说明：

- 每份同意书仅可勾选一个方框。
- 如您希望授权向多方披露您的物质使用障碍 (SUD) 信息用于不同目的，必须为每一目的分别填写一份同意书。示例：如您授权向缓刑监督官披露一般物质使用信息，同时又授权向同一缓刑监督官披露咨询笔记，**则必须为每类信息分别填写一份表格。**

请仅勾选一个方框：

- ☐ **父母/监护人或法定代表**——向经法律授权的代表披露。
- ☐ **法律/法院程序**——就特定法律事项披露。本人理解本人的 SUD 信息可能在刑事、民事或行政程序中使用。案件编号（如已知）：\_\_\_\_\_
- ☐ **咨询笔记**——出于治疗以外的目的披露 SUD 咨询笔记。
- ☐ **其他**（请说明：\_\_\_\_\_）

## 第 1 部分： 客户信息

|                         |      |      |
|-------------------------|------|------|
| 名字                      | 姓氏   | 中间名  |
| Medi-Cal 客户识别号<br>(CIN) | 出生日期 | 电话号码 |

## 第 2 部分： 披露本人信息的同意/授权（口头或书面）

a. 本人授权以下个人或机构披露上述记录：

---

b. 本人授权以下个人或**机构**接收本人记录：

---

c. 待披露记录（选择您同意/授权披露的信息类型）。

**重要提示：** 如您在本同意书中同意披露咨询笔记，**请勿勾选下方任何方框**，因为根据第 2 部分规则，咨询笔记是独立的记录类别。

|                                   |                               |                                       |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 服务史      | <input type="checkbox"/> 用药记录 | <input type="checkbox"/> 药物检测和实验室检查结果 |
| <input type="checkbox"/> 评估信息     | <input type="checkbox"/> 治疗方案 | <input type="checkbox"/> 出院计划和总结      |
| <input type="checkbox"/> 诊断       | <input type="checkbox"/> 病程记录 |                                       |
| <input type="checkbox"/> 其他（请说明）： |                               |                                       |

### 第 3 部分： 披露目的

本人仅同意/授权披露本人信息用于以下目的：

---



---

### 第 4 部分： 有效期

本同意书自本人签署之日起两（2）年后到期，除非本人在此处填写到期日期或事件： \_\_\_\_\_

### 第 5 部分： 本人的权利

- 本人并非必须签署本同意书。本人的治疗、支付、参保健康计划和/或福利资格均不要求本人签署本表格。签署本表格属自愿行为，仅在本人希望发生本表格所述披露时才有必要签署。

- 本人的 SUD 信息一旦被使用或共享，可能不再受联邦法律（《联邦法规汇编》第 42 篇第 2 部分或《健康保险流通与责任法案》）保护，或不再以使用/共享前的同等方式受到保护。
- 本人可随时通过联系第 2 部分所列个人或机构撤销本同意，但已基于本同意披露了本人信息的除外。
- 本人有权获得本同意书的副本。

## 第 6 部分： 再披露通知

本人理解，严格的联邦法律保护本人的物质使用信息。该法律禁止任何接收本人信息之人再次披露该等信息，除非本人以书面形式特别授权，或法律另有允许。

## 第 7 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。*

版本 2.0 修订日期：2026 年 8 月 4 日 4

---

**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**