

物質使用資訊披露同意書
用於其他目的 (42 CFR 第 2 部分)

填表說明：

- 每張同意書僅勾選一個方塊。
- 若您希望授權將您的物質使用障礙 (SUD) 資訊披露給多個對象或用於不同目的，則須針對每個對象或目的分別填寫一份獨立的同意書。範例：若您要授權將一般物質使用資訊披露給緩刑官，並授權將諮詢紀錄披露給同一位緩刑官，您必須針對每種資訊類型分別填寫一份獨立的表單。

請僅勾選 一個 方塊：

- ☐ 家長 / 監護人或法定代理人 – 披露給獲得合法授權之代表。
- ☐ 法律 / 訴訟程序 – 用於特定法律事項之披露。我了解，我的 SUD 資訊可能被用於刑事、民事或行政訴訟程序。個案編號（若已知）：_____
- ☐ 諮詢紀錄 – 出於治療目的之外的原因披露物質使用障礙諮詢紀錄。
- ☐ 其他（請說明：_____）

第 1 節 個案基本資料

_____	_____	_____
名字	姓氏	中間名
_____	_____	_____
加州醫療補助個人識別碼	出生日期	電話號碼

第 2 節 披露我個人資訊之同意 / 授權書 (口頭或書面)

- a. 我授權以下個人或組織披露相關紀錄：

- b. 我授權以下個人或組織接收我的紀錄：

c. 擬披露之紀錄（請選擇您同意 / 授權披露的資訊類型）。

重要須知：若您於本同意書中同意披露諮詢紀錄，**請勿勾選下方任何方塊**，因為依據第 2 部分規定，諮詢紀錄屬於獨立分類之紀錄。

☐ 服務紀錄	☐ 用藥紀錄	☐ 藥物篩檢與檢驗報告
☐ 評估資訊	☐ 治療計畫	☐ 出院計畫與摘要
☐ 診斷結果	☐ 診療進度紀錄	
☐ 其他（請說明）：		

第 3 節 披露目的

我僅同意 / 授權將我的個人資訊披露於以下目的：

第 4 節 效期

本同意書將於我在本表單簽署之日起算兩 (2) 年後失效，除非我在此填入失效日期或失效事件：

第 5 節 我的權利

- 我並非一定要簽署本同意書。我的治療、付款、參加健康保險計畫及 / 或獲得福利的資格，均不以我簽署本表單為必要條件。簽署本表單完全出於自願；僅當我希望進行本表單所述之資訊披露時才需要簽署。
- 一旦您的 SUD 資訊已被使用或分享，該資訊可能不再受聯邦法律（42 CFR 第 2 部分或《醫療保險可攜性與責任法案》）保護，或保護程度可能無法與使用或分享前完全相同。
- 我得隨時聯絡第 2 部分所列之個人或組織撤銷本同意；但若已依據本同意披露者我的資訊，則不在此限。
- 我有權索取並獲得本同意書的副本。

第 6 節 再次披露須知

我了解，嚴格的聯邦法律保護我的物質使用資訊。除非取得我明確的書面授權或法律另有規定，否則該法律禁止任何接收我資訊的人再次披露該資訊。

第 7 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