Behavioral Health Department
Alameda County Health
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：

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

心理健康记录	☐ 是	☐ 否
心理治疗记录	☐ 是	☐ 否
艾滋病病毒 (HIV) 检测和结果	☐ 是	☐ 否
酗酒、吸毒或物质滥用记录	☐ 是	☐ 否
基因记录	☐ 是	☐ 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。