



披露機密資訊授權書

(本表兩面皆需填寫)

消費者姓氏	名字	中間名	出生日期
-------	----	-----	------

街道地址	城市	郵遞區號	日間電話
------	----	------	------

社會安全號碼 * (必填)

我申請以下機構提供我的受保護健康資訊 (PHI) :

醫療保健提供者名稱	電話
-----------	----

街道地址	城市 / 州	郵遞區號	傳真號碼 (如有)
------	--------	------	-------------

向下列單位披露 : ACBHD-品質保證辦公室 (QA Office)
 消費者援助辦公室
 2000 Embarcadero Cove, Suite 400
 Oakland, CA 94606

我授權從我的醫療記錄中發布以下 PHI :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 急診室記錄 | <input type="checkbox"/> 病理切片 / 報告 |
| <input type="checkbox"/> 檢驗報告 | <input type="checkbox"/> 分項帳單記錄 |
| <input type="checkbox"/> 放射科報告 | <input type="checkbox"/> 出院病歷摘要 |
| <input type="checkbox"/> 疫苗接種記錄 | <input type="checkbox"/> 病史與身體檢查、會診 |
| <input type="checkbox"/> 完整醫療記錄 (所有頁面) | <input type="checkbox"/> 手術報告 |
| <input type="checkbox"/> 其他 : _____ | |

州法和聯邦法保護下列資訊。如果此資訊適用於您，請說明您是否願意披露 / 取得此資訊 (包含適當的日期)：

- | | | |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
| 心理健康記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心理治療記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| HIV 篩檢和結果 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 酒精、藥物或物質的濫用記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 遺傳記錄 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

承保的醫療保健期間從：具體日期_____至_____或

所有過去、現在和未來的就醫 / 會診

資訊申請目的：解決我的申訴或上訴申請

下方簽署人可隨時撤銷本同意書，除非已根據本同意書採取行動，且若未提早撤銷，本同意書將自同意日期起六 (6) 個月後終止。簽署人可透過書面或口頭方式通知消費者援助辦公室撤銷本次披露。

客戶或授權代表人簽名

日期

正楷姓名

與患者的關係 (如適用)

除非披露目的提及，否則禁止接收者披露醫療記錄資訊。禁止再次披露受保護 SUD 資訊：42 CFR 第 2 部分禁止未經授權披露記錄。