|  |
| --- |
| **患者信息** |
|  |
| **姓** | **名** | **中间名字** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **出生日期** | **社会安全号码** | **家庭电话** | **工作电话** | **分机** |
|  |  |  |  |
| **街道**  | **地址** | **城市** | **州** | **邮编** |
| **我特此授权: 我的个人可识别** **物质使用障碍(SUD)信息发布来自以下：** |
| * **BHCS县工作人员**
* **BHCS SUD 提供者网络（集体SPN）\***
 | ([ ] )勾选框并完成以下，以在BHCS/SPN网络之外添加治疗提供者： |
|  |  |
| **非SPN治疗提供者** | **电话号码** | **分机** |
|  |  |  |
| **街道地址** | **城市** | **州** | **邮编** |
| **我本人特此授权: 我个人可识别的SUD信息发布及可使用人：** |
|  |  |
| **紧急联络人姓名#1** | **电话号码** | **分机** |
|  |  |  |
| **街道地址** | **城市** | **州** | **邮编** |
|  |  |  |
|  |  |
| **紧急联络人姓名#2** | **电话号码** | **分机** |
|  |  |  |
| **街道地址** | **城市** | **州** | **邮编** |

|  |
| --- |
| 我了解：我的SUD治疗、诊断和转诊；支付；登记；病例管理；护理协调；药物管理；和/或收益资格以完成此授权为条件。 |
| **截止：** **本授权自BHCS和/或SPN提供的SUD服务的最后日期起十二（12）个月到期。** |
| **公开目的** | **数量与种类** |
| * 我受保护的SOD信息的合法持有人可以在发生紧急情况时与我的紧急联系人联系，从而公开我是在该SUD程序中服务的患者。
 | * 仅限于实现公开目的所必需的信息
* 我允许合法持有人重新公开我受保护的SUD信息，但须经过本授权以及42CFR第2部分
* 其他：
 |
|  **患者签名**  |  **打印/印刷姓名** |  |  **日期** |
|  **父母或监护人签名** |  **打印/印刷姓名** | ([ ] ) 家长 ([ ] ) 监护人  |  **日期** |
| **撤销及请求：**我了解：本人有权随时撤销此授权，除非已对此授权作出回应或依靠该授权采取了行动。我了解去联系BHCS健康信息代表以便撤销授予BHCS的授权。我更多地了解，我应当向我授权披露、接收或以其他方式使用我上述个人可识别SUD信息的任何其他人或实体另行撤销，以便撤销授予该人或实体的授权。\* SPN包括过去、现在和将来的网络提供者。参与了SPN的当前网络提供者目录获取网址http://www.acbhcs.org/SUD/docs/SUD\_providers\_dirctory.pdf.我了解，我有权要求根据本授权及适用规定下的一般性委任向其公开的我的患者识别信息的实体的清单。我更多地了解，这种要求必须是书面的，并限于在过去两年内作出的公开。 |
| **禁止重新公开受保护的SUD信息：**42 CFR第2部分禁止对这些记录的未经授权的公开。 |
|  |
| **SUD-ROI-EMERGENCY CONTACT - REV 04/18** |