

依照「醫療保險可攜性與責任法案」(HIPAA) 披露健康資訊授權書

病人姓名	出生日期	社會安全號碼
病人住址		

本人, 或我所授權的代表, 請求根據本表格的說明公開關於我的保健及治療的醫療訊息: 根據紐約州法律和 1996 年醫療保險可攜性與責任 (HIPAA) 中的隱私權規定, 我明白:

- 除非我在第 9(a)項適當的行數寫上我的英文姓名的英文首字母, 否則這項授權只包括可以披露有關**酗酒、藥物濫用、心理健康治療**的資訊, 不包括心理療法的記錄和**艾滋病病毒 (HIV) *相關的保密資訊**。萬一下面所述的健康資訊包括了任何這些種類的資訊, 而我在第 9(a)頁的方格寫上我的英文姓名的英文首字母, 則我特別授權向第 8 頁指明的人士披露這些資訊。
- 如果我授權公開與 HIV 相關的、關於治療酗酒或濫用藥物的、或心理治療的訊息, 那麼接受該訊息的人不得在未得到本人授權的情況下再度公佈此類訊息, 除非根據聯邦或州的法律可以這樣做。我知道, 我有權索取那些可以在未獲得授權的情況下獲得或使用我的 HIV 相關訊息的人士的名單。如果我因 HIV 相關訊息的公開或透露而受到歧視, 我可以致電(212) 480-2493 與紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 聯絡, 或致電(212) 306-7450 與紐約市人權委員會聯絡。這些機構有責任保護我的權利。
- 本人有權在任何時候給下列的保健服務提供者寫信, 要求取消該授權。我知道, 除非有關方面已經根據該授權採取相應行動, 否則我可以取消該授權。
- 我知道, 簽署該授權書是自願的。我的治療、付款、對醫療計劃的加入或獲得福利的資格將不取決於我是否授權公開上述訊息。
- 根據此授權所公開的訊息可能會被接受該訊息的人士再度公開 (除非是上述第 2 項所說明的情況), 而且這一對訊息的再度公開可能不再受到聯邦或州的法律的保護。
- 本人授權我所有的健康護理提供者向紐約市健康及心理衛生局及其僱員、機構及承包商披露這些資訊, 並與其討論這些資訊。

7.將公開的具體資訊:

從(填入日期) _____ 至 (填入日期) _____ 的醫療記錄

全部醫療記錄, 包括病人的病歷、診所記錄 (心理治療記錄除外)、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介記錄、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者提供給您的記錄。

其他: _____ 包括: (用姓名首字母指示)

_____ 酗酒/藥物濫用治療

_____ 心理健康治療

_____ 相關的資訊

8.公開訊息的原因: <input type="checkbox"/> 個人的申請 <input type="checkbox"/> 其他: _____	9.除非在此有特定指示, 否則本授權書將在病人或其代表簽名後的一(1)年後到期。 _____
10.若不是病人簽名, 則填寫簽署表格的人的姓名: _____	11.得到授權代表病人簽名: _____

本表格上所有項目已經填妥, 而且我就本表格的問題已經得到解答。另外, 有關方面已向我提供了這份表格。

_____ 日期: _____
病人或代表的簽名得到法律授權。

* 導致艾滋病的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護可以合理識別一個出現艾滋病病毒症狀或感染的人的訊息以及個人的聯絡訊息。