



发布消费者信息授权书

消费者信息		
姓 名	中间名	出生日期
地址	城市/州/邮政编码	UCI 编号

提供信息的个人/组织

- 发展服务部
- Porterville 发展中心
- Canyon Springs 发展中心
- STAR 之家: _____
(STAR 之家居位置)
- 其他: _____

接收信息的个人/组织

姓名: _____
 地址: _____
 城市/州/邮政编码: _____
 电话: _____
 电子邮件: _____

- 上述各方之间可以发送 **和** 接收信息。

当 DDS 收到授权书时，消费者/健康信息可能会被使用或披露于授权书中明确列出的目的。

待发布记录的日期范围: _____ 到 _____
或者
 授权发布以下记录，无论日期如何。

患者机密信息：参见《福利与机构法则》第 4514 条《HIPAA 隐私规则》
《联邦法规汇编》第164.508 条



发布消费者信息授权书

待发布信息描述:

(DDS 收集、维护、使用和披露的所有记录均为心理健康记录。)

- 个人识别码、诊断和/或人口统计信息
- 个人方案计划 (IPP)
- 用药记录
- 临床实验室报告
- 体格检查/病史
- 药物滥用疾病 (SUD) 治疗记录
- 账单/索赔/购买服务信息
- 法律文件
- 其他 (请注明) : _____

本授权书仅允许一次披露 以下记录。 后续披露将 需要另一项授权书。

特别保护的记录	消费者姓名首字母
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 检测结果	
<input type="checkbox"/> 基因检测结果	

信息发布目的

- 应消费者要求 (仅当消费者发起授权时)
- 法律代表
- 其他: _____

患者机密信息: 参见《福利与机构法则》第 4514 条《HIPAA 隐私规则》
《联邦法规汇编》第164.508 条



发布消费者信息授权书

信息发布目的

我明白：

我授权发布（同意分享）我的个人健康信息。当信息发送到/从发展服务部发送时，其他人/组织将知道我已接收发展服务。

我自愿签署此授权书（出于我的选择 – 没有强迫），并且如果我不签署此授权书，我的治疗、付款、登记或福利资格将不会受到影响。

所发布的信息可能会与他人重新共享，并且如果向受保实体以外的任何人披露，则不再受到保护。

可能会向请求信息的人收取合理的费用来支付复印和邮寄费用。

我有权获得本授权书的副本。

修改或撤销的权利：在发布任何信息之前，我有权修改或撤销本授权书（改变主意并且不允许发布信息），除非：

1. DDS 已经依据授权提供了记录；
或者
2. 此项授权是作为获得保险承保的条件而获得的，其他法律赋予保险公司根据保单或保单本身对求偿提出异议的权利。

患者机密信息：参见《福利与机构法则》第 4514 条《HIPAA 隐私规则》
《联邦法规汇编》第164.508 条



发布消费者信息授权书

如需修改或撤销，我将发送书面请求至：

- 发展服务部
- Porterville 发展中心
- Canyon Springs 发展中心
- STAR 之家： _____
(STAR 之家居位置)

其他：上文所指的“提供信息的个人/实体”。

如未被撤销，本授权书将于以下期限届满时失效：

- 日期（请注明）： _____
- 6个月
- 一年
- 事件（请注明）： _____

消费者或 <input type="checkbox"/> 个人代表签名	日期
工整书写姓名	
<input type="checkbox"/> 该个人是现有消费者，我在签署表格之前已与消费者一起审查了此授权书。 <input type="checkbox"/> 我已验证个人代表有权代表消费者签字。	
工作人员签名	日期
工整书写姓名	

患者机密信息：参见《福利与机构法则》第 4514 条《HIPAA 隐私规则》
《联邦法规汇编》第164.508 条