



授權發布消費者資訊

消費者資訊		
姓氏	名字	中間名字
地址		出生日期
城市/州/郵遞區號		UCI 編號

提供資訊的個人/組織

- ☐ 發育服務處
☐ Porterville 發育中心
☐ Canyon Springs 發育中心
☐ STAR 家園：_____
- (STAR 家園地點)
- ☐ 其他：_____

提供資訊的個人/組織

名稱：_____
地址：_____
城市/州/郵遞區號：_____
電話：_____
電子郵件：_____

☐ 資訊可以在上述各方之間發送 和 接收。

當 DDS 收到授權書後，消費者/健康資訊可以用於或揭露用於授權書中明確列出的目的。

- ☐ 待發布記錄的日期範圍：_____ 到 _____
- 或者
- ☐ 發布以下授權的記錄，無論日期如何。

患者機密資訊：請參閱《福利與慈善法則》第 4514 節 HIPAA 《健康保險可攜性和責任法案》隱私權規則 CFR 第 164.508 節



授權發布消費者資訊

待發布資訊說明：

(DDS 收集、維護、使用、披露的所有記錄均為心理健康記錄。)

- ☐ 個人識別碼、診斷和/或人口統計資訊
- ☐ 個人專案計劃 (IPP)
- ☐ 用藥記錄
- ☐ 臨床實驗室報告
- ☐ 身體檢查/病史
- ☐ 藥物濫用疾患 (SUD) 治療紀錄
- ☐ 服務資訊的計費/索賠/購買
- ☐ 法律文件
- ☐ 其他 (請註明) : _____

此授權僅允許一次揭露以下記錄。續披露將需要另一項授權。

受特別保護的記錄	消費者姓名首字母
☐ 愛滋病毒/愛滋病檢測結果	
☐ 基因檢測結果	

資訊發布目的

- ☐ 應消費者請求 (僅當消費者發起授權時)
- ☐ 法律代表
- ☐ 其他 : _____

患者機密資訊：請參閱《福利與慈善法則》第 4514 節 HIPAA 《健康保險可攜性和責任法案》隱私權規則 CFR 第 164.508 節



授權發布消費者資訊

資訊發布目的

我明白：

我授權發布（同意分享）我的個人健康資訊。當資訊發送至發育服務處或從發育服務處發送資訊時，其他人/組織將知道我已接受發育服務。

我自願簽署本授權書（由我自己選擇，而非強迫），如果我不簽署本授權書，我的治療、付款、登記或福利資格將不會受到影響。

所發布的資訊可能會與其他人重新分享，並且如果向所涵蓋實體以外的任何人披露，則不再受保護。

可能會向要求資訊的人收取合理的費用，以支付影印和郵寄費用。

我有權收到本授權書的副本。

修改或撤銷的權利：在發布任何資訊之前，我有權修改或撤銷本授權（改變主意並不允許發布資訊），除非：

1. DDS已依據授權提供記錄；
或者
2. 獲得此授權是作為獲得保險承保的條件，其他法律規定保險公司有權對保單或保單本身的索賠提出異議。

患者機密資訊：請參閱《福利與慈善法則》第 4514 節 HIPAA 《健康保險可攜性和責任法案》隱私權規則 CFR 第 164.508 節



授權發布消費者資訊

如需修改或撤銷，我將向以下地址發送書面請求：

☐ 發育服務處

☐ Porterville發育中心

☐ Canyon Springs 發育中心

☐ STAR家園：_____

(STAR家園地點)

☐ 其他：如上文所述「提供資訊的個人/實體」。

如果不撤銷，該授權將在以下日期結束時到期：

☐ 日期 (請註明)：_____

☐ 6個月

☐ 一年

☐ 事件 (請註明)：_____

消費者或 個人代表簽名 ☐	日期
工整書寫姓名	
☐ 該個人是當前的消費者，我在簽署表格之前已與消費者一起審查了本授權書。	
☐ 我已驗證個人代表有權代表消費者簽署。	
工作人員簽名	日期
工整書寫姓名	

患者機密資訊：請參閱《福利與慈善法則》第 4514 節 HIPAA 《健康保險可攜性和責任法案》隱私權規則 CFR 第 164.508 節