

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	病人身分證號碼:
病人住址		

本人, 或我所授權的代表, 請求根據本表格的說明發佈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, 我知道:

- 只有當我在第 7 項適當的行列寫上我的英文姓名首字母時, 這項授權才可以披露有關**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) 以及**艾滋病病毒/艾滋病 (HIV/AIDS) *相關的保密資訊**。倘若下面所述健康資訊包括了任何這些種類的資訊, 而我在第 7 頁的方格寫上我的英文姓名首字母, 則我特別授權向紐約市健康和心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱 DOHMH) 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資訊, 那麼接受該資訊的 DOHMH 不得在未得到本人授權的情況下再披露此類資訊, 除非聯邦或州的法律允許這樣做。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 相關資訊的人士的名單。如果我因 HIV 相關資訊的發佈或披露而經受歧視, 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 (New York City Commission of Human Rights) 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披露上述訊息。
- 根據此授權所公開的資訊可能會被 DOHMH 再披露 (除非是上述第 2 項所說明的情況), 而且這一對資訊的再披露可能不再受到聯邦或州法律的保護。
- 我謹此授權所有我的保健服務提供者發佈這一資訊給學校健康辦公室 (紐約市教育局與紐約市健康和心理衛生局兩個機構的聯合計劃) 並與其討論。

7. 待披露和討論的具體資訊: 全部醫療記錄 (書面和口頭的), 包括: 病人的病史、診所記錄 (除了心理治療記錄之外)、化驗結果、放射研究記錄、膠片、轉介、諮詢記錄、收賬記錄、保險記錄以及其他保健服務提供者送交給我的保健服務提供者的記錄。 ☐ 如果勾選這一方框, 披露和討論的只是下面日期範圍內的我的醫療記錄: 從開始日期 (insert date) _____ 到結束日期 (insert date) _____。 ☐ 其他: _____		包括: (用英文姓名首字母署名) _____ 酗酒/藥物濫用治療資訊 _____ 心理健康資訊 _____ HIV/AIDS 相關資訊
8. 披露資訊的理由: 該資訊按照病人或其代表的要求而披露, 否則在此具體說明:		
9. 這一授權的過期日是當病人不再就讀紐約市教育局所運作的某所學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務, 除非是這裡所具體說明的其他情況**:		
10. 若不是病人簽名, 則在表格上簽名的人士的姓名:		11. 在本表格簽名的人員獲法律授權代表病人簽名, 是病人的家長或法定監護人或者是具體說明於此的身份:

本表格上所有項目已經填妥, 我關於本表格的問題已經得到解答, 我也獲得了本表的備份。

病人或法律授權代表的簽名

日期

* 導致艾滋病 (AIDS) 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資訊以及一個個人的聯絡方面的資訊。

**如果過期日在上述第 9 條有具體說明, 本表則將在那一日期到期, 病人的家長或監護人或者法律授權的其他人士必須遞交一份新表。