

使用或披露受保护健康信息授权书

客户：

客户姓名/以前姓名

出生日期

客户编号

法定代理人姓名（如适用）

街道地址

城市、州、邮政编码

授权：

以下机构或人员使用或披露受保护健康资讯
(PHI)：

机构名称

医疗保健提供者/其他人员姓名

街道地址

街道地址

城市、州、邮政编码

城市、州、邮政编码

待释放信息：

 评估/评价 心理测试结果 诊断 实验室检验结果 用药 治疗/病程记录 全部记录 其他（请注明）：_____

注意：有关物质或酒精使用、人类免疫缺乏病毒/艾滋病和/或有关生殖或性健康的信息不会被披露，除非勾选此处提出明确要求： 饮酒 物质使用 人类免疫缺乏病毒/艾滋病

 堕胎 生殖保健

治疗日期

我授权释放以下期间的记录：从_____到_____

所需记录的交付方法：

_____ 月/日/年年年年

_____ 月/日/年年年年

 邮寄 自取 发送电子邮件至：_____

使用或披露的目的：（勾选适用类别）

 客户要求 其他（请注明）：_____

我了解，对我的 PHI 的任何披露都可能导致未经授权的再次披露，并且该信息可能不受联邦保密规则的保护。但是，我了解，根据加利福尼亚州法律，禁止根据本授权接收 PHI 之人士再次披露 PHI，除非获得书面授权或法律特别要求或允许。我也明白，我的信息一旦被使用或披露，可能无法收回。

失效日期：

除非患者另行撤销，否则向上述个人/组织释放医疗保健信息的授权将自签署日期起 **1 年自动失效**，或在以下指定日期或事件发生时失效，以先发生者为准。

此授权有效期至 ___/___/____ 或 _____

月 日 年

事件

使用或披露受保护健康信息授权书

您对此授权的权利：

获得授权书副本的权利 - 我了解，我并不是必须签署，如果我同意签署本授权书，则必须向我提供此表格的已签名副本。

撤销授权的权利 - 我了解我有权随时通过书面通知 **SSG-APCTC** 撤销此授权。要撤销授权，我可以填写本表格底部的撤销授权表，并将撤销表邮寄或递送至：

 联系人

 机构名称

 地址

 城市、州、邮政编码

我还了解，撤销不会影响 **SSG-APCTC** 或任何医疗保健提供者出于与先前依赖本授权相关的原因或法律允许的其他原因使用或披露健康信息的能力。

条件：我了解我可以拒绝签署本授权书，而不影响我获得治疗的能力。然而，在提供与研究相关的治疗时，**SSG-APCTC** 可能会以获得使用或披露为该研究相关治疗创建的受保护健康信息的授权为条件。（也就是说，如果本授权与包括治疗的研究相关，除非签署本授权书，否则您将不会接受该治疗。）

我有机会查看并理解本授权书的内容。签署本授权书，即表示我确认授权书准确地反映了我的意愿。

x

 客户/法定代理人签名

x

 日期

如果由客户以外的其他人签署，请说明关系和权限：

x

撤销授权

 客户姓名

 客户/法定代理人签名

 日期

如果由客户以外的其他人签署，请用正楷书写姓名并说明关系和权限。

正楷姓名：_____

关系和权限：_____