

依 HIPAA 要求披露健康資訊之授權書

[本授權書經紐約州衛生署核准]

患者姓名	出生日期	社會安全號碼
患者地址		

我（或我的授權代表）要求依照本授權書披露與我的護理和治療有關的健康資訊：

根據紐約州法律和 1996 年《健康保險便攜性與 責任法案》(HIPAA) 之隱私權條款的規定，我理解：

1. 本授權書可能包括披露與**酒精、藥物濫用和精神健康治療（不含心理治療記錄）**有關的資訊，只有當我在第 9(a) 項的相應位置簽署姓名首字母時，才能披露 **HIV\* 相關機密資訊**。如果下文載列的健康資訊包括任何上述類型的資訊，並且我在第 9(a) 項的相應位置簽署了姓名首字母，則表明我明確授權將這些資訊披露給第 8 項中指定的人士。
2. 如果我授權披露 HIV 相關資訊、酒精或藥物治療資訊或精神健康治療資訊，除應聯邦或州法律要求之外，未經本人授權，資訊披露對象不得轉披露這些資訊。我知道我有權索取一份不需授權即可收到或使用我的 HIV 相關資訊的人員的名單。如果我因為披露或公佈 HIV 相關資訊而受到歧視，我可以撥打 (212) 480-2493 聯絡紐約州人權署，也可以撥打 (212) 306-7450 聯絡紐約市人權委員會。這些機構有責任保障我的權利。
3. 我有權透過致函以下醫療護理提供者隨時撤銷本授權。我理解我可以撤銷本授權，但此前已根據本授權採取的行動不在此限。
4. 我理解簽署本授權書純屬自願。我的披露授權不會影響我的治療、付款、參加醫療保險或獲得福利的資格。
5. 披露對象可能會轉披露依本授權書披露之資訊（第 2 項中提述的情況除外），轉披露不再受聯邦或州法律保護。
6. 本授權書並未授權您與第 9 (b) 項中指定的律師或政府機構以外的人士討論我的健康資訊或醫療護理。

7. 披露此資訊的醫療提供者或實體的名稱和地址：	
8. 將獲知此資訊的人士或人員分類的姓名和地址：	
9(a). 待披露的特殊資訊：	
<input type="checkbox"/> 醫療記錄，從（插入日期）_____到（插入日期）_____	
<input type="checkbox"/> 完整醫療記錄，包括患者病史、診所記錄（不含心理治療記錄）、化驗結果、放射學研究、攝片、轉診、諮詢、賬單記錄、保險記錄以及其他醫療護理提供者發給您的記錄。	
<input type="checkbox"/> 其他： _____ 包括：（在 <b>您</b> 授權披露的資訊前簽署姓名首字母）	
_____ 酒精/藥物治療	
_____ 精神健康	
_____ HIV 相關資訊	
<b>討論健康資訊的授權</b>	
(b) <input type="checkbox"/> 在此簽署姓名首字母 _____ 即表示我授權 _____	
姓名首字母	醫療護理提供者的姓名
與以下律師或政府機構討論我的健康資訊：	
_____ （律師姓名/事務所名稱或政府機構名稱）	
10. 披露資訊的原因：  <input type="checkbox"/> 應個人要求  <input type="checkbox"/> 其他：	11. 本授權書的失效日期或導致授權書失效的事件：
12. 如非患者本人，請註明本同意書簽署人的姓名：	13. 獲授權代表以下患者簽署：

本授權書的所有內容均已填妥，我對本授權書的疑問已得到解答。另外，我已收到本授權書的副本。

日期： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 患者或其法律授權代表的簽名

\* 引起愛滋病的人類免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保障可合理推斷某人出現 HIV 症狀或感染 HIV 的資訊，以及此人的聯絡資訊。