

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		

我本人, 或我所授權的代表, 要求根據本表格的說明披露關於我的保健及治療的醫療資訊: 根據紐約州法律和「1996年醫療保險可攜性與責任法案」(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, 這一授權表才可以披露有關**酗酒和藥物濫用、心理健康治療**的資訊 (不包括心理治療筆記) 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任何這類資訊, 而我在第7項的行列的方框寫上我的英文姓名首字母, 則表明我特別授權向聯合運作學校健康辦公室 (Office of School Health) 的紐約市健康及心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱DOHMH) 和紐約市教育局 (New York City Department of Education, 簡稱DOE) 披露這些資訊。
- 如果我授權披露HIV/AIDS相關的治療、酗酒或濫用藥物的治療或心理健康治療的資訊, 那麼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/AIDS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。
- 我有權在任何時候書面向我已授權其披露我的資訊的這些保健服務提供者要求取消該授權。我知道, 除了有關方面已經根據該授權採取過的相應行動之外, 我可以取消該授權。
- 我知道, 簽署本授權書是自願的。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。
- 根據此授權所披露的資訊可能會被DOHMH或DOE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。
- 我授權我所有的保健提供者向紐約市健康及心理衛生局和紐約市教育局披露這些資訊, 並與其討論這些資訊。**

7. 待披露和討論的具體資訊:

所有健康資訊 (書面和口頭), 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。

- 如果該方框內打勾, 則只披露和討論在此所特別說明的健康資訊: \_\_\_\_\_  
(如果您不希望披露或公開全部記錄, 請使用此方框。使用方框9說明您希望這一表格持續多久)

包括: (用英文姓名首字母署名)

\_\_\_\_\_ 酗酒/藥物濫用治療資訊。具體說明待披露的記錄及披露記錄的機構: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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。  
如屬另外情況, 在此具體說明:

9. 此授權在病人不再就讀於紐約市教育局所運作的一個學校或課程或者不再接受學校健康辦公室的服務時失效。如屬另外情況, 在此具體說明\*\*:

10. 若不是病人簽名, 則在表格上簽名的人士的姓名: 家長/監護人必須填妥: \_\_\_\_\_

11. 在本表格簽名的人士, 作為病人的家長或法定監護人或者具有具體說明於下的身份, 獲法律授權而代表病人簽名:

本表格上所有項目已經填妥, 我對本表格所有的疑問已經得到解答, 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合理地用於識別有艾滋病毒症狀或感染的個人的資訊以及某一個人的聯絡人的資訊。

\*\* 如果失效日期在上述第9條有具體說明, 本表則將在那一日期失效, 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。