

授權披露醫療信息 (包括酒癮/藥癮治療及心理衛生信息)
及與愛滋病毒/愛滋病的相關保密信息

紐約州衛生署 (NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH)

病人姓名	出生日期	病人身份證號碼
病人地址		

我或我的授權代理人要求根據本授權書所列條件披露我的護理和治療等醫療信息。我瞭解：

1. 只有我在第 8 項適當空白處簽署姓名首字母時，本授權才可能包括：**酒癮和藥癮治療、心理衛生治療，以及保密的愛滋病毒/愛滋病相關信息**。如下述醫療信息包括以下任何一類信息，且我在第 8 項空白處簽了姓名首字母，則表示我特此授權向第 6 項所列人士披露該類信息。
2. 除某些例外情況，醫療信息一旦披露，收受方可再披露。如我授權披露與愛滋病毒/愛滋病相關、酒癮或藥癮治療或心理衛生治療的信息，除非聯邦法或州法允許，收受方禁止在未經我授權的情況下再披露此類信息，或將披露的信息用於其他目的。如我因愛滋病毒/愛滋病相關信息的披露而受到歧視，我可以聯絡紐約州人權署 (New York State Division of Human Rights)，電話是 1-888-392-3644。此政府機構負責保障我的權利。
3. 我有權隨時寫信給第 5 項所列的服務提供者，要求撤銷本授權。我瞭解除了根據本授權已採取的行動外，我可以撤銷本授權。
4. 簽署本授權書是自願的。我瞭解一般而言，我的治療、付款、健康保險的投保資格或福利資格不會以授權披露信息為必要條件。但我也瞭解，在某些情況下，如不簽署本授權書，我可能會被拒絕治療。

5. 披露本信息的服務提供者或實體的名稱及地址：		
6. 本信息披露對象的姓名及地址：		
7. 披露信息的目的：		
8. 除非我先前已經撤銷，以下特定信息可於此時間段內披露：_____ 直到 _____ <small>填入開始時間</small> <small>填入失效時間或情況</small>		
<input type="checkbox"/> 所有醫療信息 (書面及口頭)，但以下除外：		
若要包含以下信息，請指明您要披露的特定信息，並在下面簽上您的姓名首字母。		
<input type="checkbox"/> 酒癮/藥癮治療計劃的病歷	將披露的信息	姓名首字母
<input type="checkbox"/> 心理衛生計劃的臨床病歷*		
<input type="checkbox"/> 愛滋病毒/愛滋病的相關信息		
9. 如非病人本人，授權書簽署人姓名：	10. 代表病人簽名的權力：	

本授權書所有項目均已填寫，我對本授權書的疑問均已得到解答，且已拿到一份授權書副本。

病人或法定授權代理人簽名

日期

證人聲明/簽名：我已見證本授權書的簽署，並聲明病人和/或病人所授權的代理人已收到一份簽好的授權書副本。

經辦人姓名及職務

簽名

日期

T本授權書可用於替代 DOH-2557，且已通過紐約州心理衛生辦公室 (NYS Office of Mental Health) 及紐約州酒精及物質濫用服務辦公室 (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services) 核准，用來授權披露醫療信息。然而，本授權書並不要求醫療護理提供者披露醫療信息。根據本授權書披露的酒癮/藥癮治療相關信息或愛滋病毒相關保密信息需隨附禁止再披露聲明。

*註：心理衛生病歷上的信息可依據本授權書向此處列名且證明其需要此項信息的人士披露，先決條件是在合理判斷下，披露此信息將不會侵害病人或其他人的權益。