

VHP 对于使用和/或披露受保护的健康信息的授权

授权：本人允许 _____
获准发布记录的个人（组织）姓名（名称）

使用并向 _____
获准接收记录的个人姓名和出生日期 - 或 - 组织名称

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

发布与下列人员相关的已识别记录和信息：

_____ 姓氏 _____ 名字 _____ 中间名首字母 _____

_____ VHP ID 编号 _____ 出生日期 _____ 电话号码 _____

记录： *重要提示：* 勾选相应的复选框，并根据需要签署姓名首字母、签名和日期。

1. **医疗记录** - 姓名首字母： _____

对下列各类信息的引用可能包含在您的医疗记录中或属于您医疗记录的一部分，如果您希望将任何此类信息与您的医疗记录一起发布，您必须在每种类型旁签名并注明日期。

药物/酒精治疗信息 - 签名和日期 _____

检测信息 - 签名和日期 _____

HIV 血液检测信息的引用或结果 - 签名和日期 _____

2. **行为健康记录** - 签名和日期 _____

3. **其他**（*请具体说明*） _____
签名和日期 _____

发布限制： 以下是对上方所勾选记录的限制和服务日期的具体说明。若无限制，请填写 *无限制*。

VHP 对于使用和/或披露受保护的健康信息的授权

用途: 接收健康信息的个人仅可出于以下原因使用健康信息:

本人明白, 除非本人向任何人提供书面授权或法律允许, 否则接收信息的个人不得将信息用于任何其他目的或向任何人披露信息。

持续时间: 本授权书立即生效, 有效期至 _____ (提供日期)。如果本人未填写日期, 本授权书将自签署之日起六 (6) 个月后失效。

额外副本: 本人明白, 如果本人提出请求, 本人有权获得本授权书的副本。已请求并收到副本: 是 否 _____ (姓名首字母)

撤销: 本人明白, 本人有权随时撤销本授权书。撤销必须 (1) 以书面形式进行, (2) 发送给您向其提交授权书的实体, 以及 (3) 在接收后生效。对于该实体根据本授权书已经采取的行动, 或者如果为获得保险而需要授权且保险公司有对索赔提出异议的合法权利时, 撤销不适用。

条件: 本人明白, 治疗、款项、注册或福利资格将不会取决于本人给予或拒绝给予本授权书, 除非本人的治疗与研究相关, 或者提供给本人的医疗保健服务仅用于创建受保护的健康信息以发布给第三方。本人还明白, 本人可以拒绝签署本授权书。

签名: _____ 出生日期

如果由患者以外的人签署, 请说明与患者的关系和签署权限。

与会员的关系	电话号码	签署权限
--------	------	------

见证人签名	见证人正楷姓名	日期
-------	---------	----

仅适用于行为健康服务

如果患者为授权披露其记录的人员, 请根据《加州福利与机构法案》第 5328 节的规定填写以下内容: 负责患者的签署人 (医生、执业心理学家或具有社会工作硕士学位的社会工作者) 特此 (批准) (不予批准) 向申请方发布信息和记录。如果不予批准披露, 请在下方说明原因。另请在下方注明或附上有关发布记录的任何限制。(向患者的律师披露无需获得批准。) _____

日期	医生/心理学家/社会工作者	学位
----	---------------	----