

授权使用和披露

机密敏感信息

若未能填写此表的所有部分，可能导致请求无效。

患者/参保者/客户信息			
患者的姓：		电话号码：	
患者的名：		邮件地址：	
PHI 披露实体/个人		PHI 接收实体/个人	
姓名：		姓名：	
地址：		地址：	
市：	邮编：	市：	邮编：
电话：	传真：	电话：	传真：

我在此授权 AltaMed 健康服务公司向上述人员/组织披露机密敏感健康信息：

披露的信息的用途：

- 个人用途 更换内科医师 法律调查
 第二种医疗意见 社会保障残疾 其他： _____

服务日期：

从： ____/____/____ 到： ____/____/____ 或 所有服务日期

披露的信息的类型：

- 临床治疗批注 行为健康批注
 心理治疗批注 物质滥用记录
 获得许可的行为健康提供者的整个行为健康记录
 未获得许可的行为健康提供者的整个行为健康记录
 其他（请说明）： _____

信息披露方式：

- 邮寄到上面列出的地址 发传真至以上提供者号码
 MyAltaMed 患者门户 其他（请说明）： _____
 患者/委托人/法律代表在诊所自取

如果由患者以外的人取件，请写下此人姓名： _____



PATIENT LABEL

授权使用和披露
机密敏感信息

期限：我理解此授权将于以下日期前有效：

到期日： ____ / ____ / ____ 或以下情况： _____.

如果没有到期日，则此授权将在签名日期后 6 个月失效。

如果由患者以外的人签署文件，请说明关系：

父母/法定监护人

私人代表/法律代表

护理者

永久代理人

其他（请说明）： _____

_____/_____/_____
患者/法律代表签名 日期

见证人的正楷全名 职衔

_____/_____/_____
见证人的签名 日期

见证人必须是已经验证患者身份的 AltaMed 健康服务公司员工。如果患者的法律代表提出此请求，则见证人将验证凭证（即授权书等）并在患者记录中提交证明副本。

仅限官方使用

本人，加州执业医师/临床心理学家/精神病学家/临床社会工作者，负责和/或监督患者的行为健康治疗。因此，我特此： **批准** **不批准** 披露在这里请求的记录。

不批准披露的原因：

患者先前同意暂时拒绝访问他/她的精神健康记录，除非他/她（患者）是包含治疗的研究项目中的一员。因此，患者的签名同意书严禁披露在这里请求的记录。（提供一份签名同意书的副本）。

患者是否可以访问他/她的行为健康记录取决于并可能因《隐私法案》5 USC 522a 的规定而遭到拒绝。



PATIENT LABEL

授权使用和披露

机密敏感信息

- 行为健康记录从某人而不是从承诺保密的医疗护理提供者处获得，访问所请求的信息会揭露信息的来源。
- 获 AltaMed 许可的精神健康提供者确定，访问所请求的记录可能会对该患者和/或另一个人的生活 and/或人身安全造成危险。
- 行为健康记录提到另一个人（除非此人 是医疗护理提供者），获许可的精神健康提供者确定，披露所请求的记录可能对 该患者和/或另一个人造成危害。
- 访问请求是由患者的私人代表（不包括 患者的律师）作出的，获 AltaMed 许可的医疗护理专业人士 确定，向该等代表提供访问可能对该个人或另一个人造成重大危害。
- 对上述人员/实体请求披露的细节级别被视为不合适，因为他/她不是一个获许可的精神健康提供者。为了替代所请求的记录，行为健康提供者将编制一份他/她认为适合于披露的总结报告。

披露限制条件： 指出您拒绝披露哪些条目：

条目日期： _____ 条目类型： _____

指明被拒绝披露的实体/个人或任何法律代表：

实体和/或个人姓名： _____

与患者的关系： _____

批准指南： 已准许以下披露/请求：

- 经请求的披露
- 完全披露
- 部分披露
- 有限披露

提供者的签名

_____/_____/_____
日期



PATIENT LABEL