



摩特诺玛县  
卫生  
署  
行为健康部 (BHD)  
209 SW 4<sup>th</sup> Avenue, Suite 520, Portland, OR 97204  
电话: 503-988-8238 传真: 503-988-4015

## 信息发布授权书

### AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中间名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

我授权行为健康部与以下个人/机构交换和披露以下信息: 标记所有适用方框并填写完整姓名和地址:

- 与下列人员交换信息: 个人/机构: \_\_\_\_\_
- 向下列人员披露健康/用药记录: 联系人/接收人: \_\_\_\_\_
- 从下列人员处接收健康/药物记录: 街道地址: \_\_\_\_\_
- 与下列人员口头交换信息: 市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_
- 电话: \_\_\_\_\_ 传真: \_\_\_\_\_

目的: 出于以下原因, 本人授权交换或披露健康信息:

- 协调保健服务  治疗时  付款时  其他: \_\_\_\_\_

交换或披露的信息:

- 我的全部健康信息  
 我的全部治疗信息  
 具体文件/信息:

我通过标记下方空格, 即表示特别授权披露以下健康信息 (如果存在此类信息):

- 毒品/酒精诊断、治疗或转诊信息  基因检测信息  艾滋病相关记录  
 心理健康信息

此授权将在一(1)年或 (插入日期或事件) 后终止: \_\_\_\_\_

#### 客户知情和同意

本人理解, 除非联邦/州法律禁止或本人特别同意, 接收人可重新披露所收到的信息。我了解, 如果接收人再次披露我的信息, 法律提供的隐私保护可能会丧失。本人理解, 药物使用障碍治疗记录可能受联邦药物使用障碍患者记录保密条例 (42 CFR第2部分) 的保护, 除非法律另有允许或要求, 未经本人书面同意, 不得再次披露。

如果我指定了一个中间方, 该中间方可能会向经过验证的治疗提供方再次披露我的药物使用障碍信息, 并且我可以直接向中间方请求一份重新披露的清单。

本人可随时通过书面形式从任何BHD员工撤回此授权。本人理解, 撤回不适用于因此授权已披露的信息。

本人理解, 签署本授权书并不是获得治疗、付款或享受福利的一项条件。

\_\_\_\_\_  
个人/法定监护人签名 印刷体姓名 日期

撤回: 本人不再授权交换或披露自己的健康信息。

\_\_\_\_\_  
个人/法定监护人签名 印刷体姓名 日期/时间

工作人员专用

个人/法定监护人口头 (电话或其他) 撤销: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MHASD工作人员签名/凭证 印刷体姓名 日期/时间