

授權使用和公佈受保護的健康資訊

姓氏 _____ 名字 _____ 出生日期 (月份/日期/年份) _____

在此授權

設施名稱	街道地址	城市	州	郵遞區號
------	------	----	---	------

公佈受保護的健康資訊給:

公共社會服務局 (DPSS) 區域辦事處名稱 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

到期日期: 此份授權的有效期到以下的日期: ____/____/20____

公佈的資訊

- 精神狀況 其他 (請指明) _____

_____ 我明白並且同意, 由我健康照顧提供者填寫和交回給 DPSS 的 ABP 1676-3 GRMH 表格, 使 DPSS 能夠確定我領取福利的資格; 這包括提供給 DPSS 有關我任何精神健康障礙的資訊, 病情發作的日期, 我是否積極地尋求治療, 病情預期持續的時間; 這些狀況是否會影響我參與工作或者與工作相關的培訓計劃的能力. 我明白因我簽署了這份授權表格而使用或者公佈的健康資訊, 可能會被再次公佈, 並且不再受到聯邦健康資訊隱私法律的保護.

這份授權對於你相應的權利:

獲得這份授權的副本 - 我明白如果我簽署了這份授權, 我將獲得一份簽署姓名的副本.

條件: 我明白我可以拒絕簽署這份授權而不會影響從我的健康照顧提供者獲得治療的能力, 但如此做, 可能會影響我領取 DPSS 福利的資格.

我有機會查閱和瞭解這份授權的內容. 只要簽署了這份授權, 我確認這是如實地反映了我的意願.

病人/合法代表簽名 _____ 正楷書寫姓名 _____ 日期 _____

證人簽名 _____ 正楷書寫姓名/與病人的關係 _____ 日期 _____

撤銷這份授權的權利 - 我明白我有權利在任何時候以書面方式告訴 DPSS 撤銷這份授權. 我可以使使用本表格底部的撤銷授權. 郵寄或者呈送撤銷授權至以下的地址:

--

我也明白這份撤銷授權將不會影響 DPSS 或者任何健康照顧提供者之前基於這份授權而使用或者公佈的健康資訊或相關原因的能力.

撤銷授權	
病人/合法代表簽名: _____	日期: _____
如果是病人以外其他人員簽署姓名, 說明與病人的關係和被授權如此做	