



## 依 HIPAA 要求披露健康資訊授權表

[本授權表經紐約州衛生署核准]

病人姓名	出生日期	社會安全號碼
病人地址		

本人 (或本人授權代表) 要求依本授權表披露與本人照護及治療相關的健康資訊：

根據紐約州法與 1996 年健康保險流通與責任法案 (HIPAA) 之隱私權規定，本人瞭解：

1. 本授權表得包括披露與**酒精和藥物濫用、心理健康治療** (不含心理治療筆記) 相關的資訊，但惟本人於第 9(a) 條條文前簽署姓名縮寫的情況下，始得披露 **HIV\* 相關機密資訊**。如以下所述之健康資訊包含前述任何類型的資訊，且本人於第 9(a) 條條文之代表方框中簽署姓名縮寫，即表示本人明確授權向第 8 條所載之人士披露前述相關資訊。
2. 如本人授權披露 HIV 相關資訊、酒精或藥物治療資訊或心理健康治療資訊，除應聯邦法或州法要求之外，未經本人授權，資訊披露對象不得轉披露所獲資訊。本人瞭解本人有權索取一份不需授權即可獲知或運用本人 HIV 相關資訊者的名單。如本人因公開或披露 HIV 相關資訊而遭受歧視，本人得撥(212)480-2493 聯絡紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights)，或撥 (212)306-7450 聯絡紐約市人權局 (New York City Commission of Human Right)。這些機構負責捍衛本人之權利。
3. 本人有權隨時透過致函下列醫療保健提供者方式撤銷本授權。本人瞭解本人得撤銷此授權，但此前已據此授權施行之動作不在此限。
4. 本人瞭解簽署本授權表與否完全出於自願性質。無論本人是否同意授權披露，皆不影響本人之治療、付款、投保健康保險或應享福利之資格。
5. 披露對象可能會轉披露據此授權所披露之資訊 (前述第 2 條註明者除外)，且轉披露之行為不受聯邦法或州法保護。
6. **本授權未授權您與第 9(b) 項指定之律師或政府機構以外之任何人討論本人健康資訊或醫療照護事宜。**

7. 披露這項資訊之健康提供者或實體的名稱和地址：

8. 將獲知這項資訊之人士或人員分類之姓名和地址：

9(a). 可披露之確切資訊：

- 醫療記錄：(插入日期)\_\_\_\_\_至 (插入日期)\_\_\_\_\_
- 完整醫療記錄，包括病歷、診所筆記 (心理治療筆記除外)、檢驗結果、放射線研究、影片、轉診、諮詢、帳單記錄、保險記錄，以及其他醫療保健提供者寄給您的記錄。
- 其他：\_\_\_\_\_ 包括：(請簽姓名縮寫以資證明)

\_\_\_\_\_ 酒精/藥物治療  
 \_\_\_\_\_ 心理健康資訊  
 \_\_\_\_\_ HIV 相關資訊

## 健康資訊討論授權

(b)  在此簽署姓名縮寫\_\_\_\_\_本人授權\_\_\_\_\_

姓名縮寫 個別醫療保健提供者的名稱

與列於下方之本人律師或政府機構討論本人的健康資訊：

\_\_\_\_\_ (律師姓名/事務所名稱或政府機構名稱)

10. 資訊披露原因：

- 應個人要求
- 其他：

11. 本授權失效日期或事件：

12. 如非病人本人，請註明本表簽署人之姓名：

13. 經授權代表病人簽署本表：

本人已填寫本表所有項目，且本人對本表之相關疑問皆已獲得解答。此外，本人已獲得本表影本。

日期：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 病人或合法授權代表簽名。

\* 引起 AIDS (愛滋病) 的人類免疫不全病毒。紐約州公共衛生法保障可合理推斷某人患有 HIV 症候群或感染症之資訊，以及此人之聯絡資訊。