



此表不可作為研究或行銷、募捐或公關授權之用。

病人姓名/地址		出生日期	病人社會安全號碼 (SSN)
		病歷號碼	電話號碼
發送資訊之醫療保健提供者名稱		待發送之特定資訊： 所要求之資訊 _____ 治療日期：_____ 至 _____	
接收資訊之個人或機構名稱及地址		所欲發送之資訊（如果勾劃方框，意即授權發送該項資訊）。 請注意：除非勾劃所有方框，否則我們可能無法處理您的請求。 <input type="checkbox"/> 酒精及/或藥物濫用 <input type="checkbox"/> 醫療計劃資訊 <input type="checkbox"/> 精神健康資訊 <input type="checkbox"/> 基因檢測資訊 <input type="checkbox"/> HIV/愛滋病相關資訊	
發送資訊的原因 <input type="checkbox"/> 法律事由 <input type="checkbox"/> 個人請求 <input type="checkbox"/> 其他（請具體說明）：_____		該授權有效截止日期？（請勾出其中一項） <input type="checkbox"/> 事件：_____ <input type="checkbox"/> 日期：_____	

本人，或者本人的授權代表，謹此授權對我載明於此表中的醫療及/或收費資訊予以使用或揭露。

我理解，如果此表載明之收件人無需按法律要求保護資訊的隱私權，本人的醫療及/或收費資訊可能會被重複揭露而不再受聯邦健康資訊隱私條例的保護。

我理解，如果本人的醫療及/或收費記錄含有涉及**酒精或藥物濫用、基因檢測、精神健康**等資訊及/或涉及**保密的HIV/愛滋病資訊**，該資訊不應向我寫明的人員發送－除非我勾選了此表中表示該資訊的方框。

我理解，如果我就此授權對HIV/愛滋病相關資訊予以使用或揭露，收件人未得到我的授權不得使用或重複揭露任何HIV/愛滋病相關資訊，除非得到聯邦法或州法的許可。我同時理解，本人有權要求一份未經授權即可獲得或使用本人的HIV/愛滋病相關資訊的人員名單。如果我因為HIV/愛滋病相關資訊的使用和揭露而遭到歧視，我可以聯絡人權組織紐約分部 (212.480.2493)，或紐約市人權委員會 (212.306.7450)。這些機構有責任保護我的權利。

我理解，本人有權拒絕簽署此授權，而本人的醫療保健、醫療保健付款、以及醫療保健福利將不會因為我不在此表上簽名而受到影響。我同時理解，如果我拒絕簽署此授權，NYCHHC不能遵從我要求揭露本人的醫療及/或收費資訊的請求。

我理解，藉由填寫一份查閱請求單，我有權要求查看此授權表上所載的資訊及/或獲得其副本。我同時理解，本人簽名後，有權獲得此表的副本。

我理解，如果本人簽署此授權表，准予使用或揭露本人的醫療及/或收費資訊，我有權隨時撤銷此授權，除非NYCHHC已根據我的授權採取行動或得到此授權是獲得醫療保險的必要條件。

若想撤銷此授權，請聯絡受理此請求的本機構健康資訊管理部。

我已閱讀此表，而且我的問題已得到解答。在下欄簽名後，即確認本人已閱讀及接受以上所有條文。

病人或個人代表簽名	如果不是病人，請正楷書寫簽署此表的個人代表姓名及聯絡資訊
日期	請說明代表病人行事的個人代表的授權權限

**如果 HHC 要求此授權，必須向病人或其個人代表提供一份經簽署的此表副本。
(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)**

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments