



紐約市兒童一站式服務： 資訊披露授權書

兒童/患者姓名：	出生日期：
----------	-------

本人，_____，授權紐約市健康與心理衛生局 (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) 透過其兒童一站式服務 (Children's Single Point of Access, CSPOA) 披露和接收或獲取有關我孩子（或有關我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）的以下資訊：

所有教育、醫療、物質濫用治療和心理健康評估（包括通用轉介表 (Universal Referral Form)）資訊；精神和心理評估；社會心理評估；出院報告；所有臨床資料；由健康照護提供者記錄的心理治療筆記，該提供者應是在私人諮詢或者團體諮詢、聯合諮詢或家庭諮詢過程中，負責記錄或分析談話內容的心理健康專業人員，且該筆記可能與我的其他醫療記錄分開保存；CSPOA 擁有或獲得的所有資料；以及下框中列出的其他資訊：

擬披露的其他資訊（若擬披露的資訊受 42 CFR 第 2 部分保護，請在此準確列出該資訊）：

本人授權 CSPOA 向任何健康計畫、醫生、健康照護專業人員、醫院、診所、實驗室、藥房、醫療機構或其他健康照護提供者、社工、社會服務組織、心理健康服務提供者，或者向下框中列出的已向或將向我的孩子或代表我的孩子（或者向我本人或代表我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）提供付款、治療或服務的其他個人或組織，披露上述資訊，或者透過他們接收/獲取上述資訊：

擬向其披露資訊的其他個人或組織名稱（若擬披露的資訊受 42 CFR 第 2 部分保護，請在此列出接收資訊的個人或組織及聯絡人的準確姓名及名稱）：

本授權書將在本人主動撤銷時失效，除非下框中指定了失效日期或導致失效的情況：

本授權書的失效日期或會導致失效的情況：

CSPOA 是應本人的要求和/或出於為我的孩子（或我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）進行服務評估、資格確定、服務轉介或提供服務之目的，和/或出於下框中所列目的而披露或接收此資訊：

其他披露目的：

我明白我並非必須簽署本授權書，且我拒絕簽署本授權書既不會影響我的孩子（或我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）獲得相應治療的能力，也不會影響我的孩子（或我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）獲得相應服務的資格。除特定例外情況之外，已經披露的資訊可由接收者再次披露。

我還明白，我有權在任何時候透過向以下地址發出書面通知，來撤銷此授權書：**DOHMH, Attn:CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101**。我知道，如果經我授權使用和/或披露我孩子（或我本人，前提是我已年滿或超過 18 歲）的相關資訊的個人或組織已經根據我的授權採取了行動，則我的撤銷將無法生效。

患者或法定授權代表簽名

日期

3.25 Traditional Chinese