



纽约市儿童一站式服务： 信息披露授权书

儿童/患者姓名：	出生日期：
----------	-------

本人，_____，授权纽约市健康与心理卫生局 (Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) 通过其儿童一站式服务 (Children's Single Point of Access, CSPOA) 披露和接收或获取有关我孩子（或有关我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）的以下信息：

所有教育、医疗、物质滥用治疗和心理健康评估（包括通用转介表 (Universal Referral Form)）信息；精神和心理评估；社会心理评估；出院报告；所有临床数据；由医疗保健提供者记录的心理治疗笔记，该提供者应是在私人咨询或者团体咨询、联合咨询或家庭咨询过程中，负责记录或分析谈话内容的心理健康专业人员，且该笔记可能与我的其他医疗纪录分开保存；CSPOA 拥有或获得的所有数据；以及下框中列出的其他信息：

拟披露的其他信息（如果拟披露的信息受 42 CFR 第 2 部分保护，请在此准确列出该信息）：

本人授权 CSPOA 向任何健康计划、医生、医疗保健专业人员、医院、诊所、实验室、药房、医疗机构或其他医疗保健提供者、社工、社会服务组织、心理健康服务提供商，或者向下框中列出的已向或将向我的孩子或代表我的孩子（或者向我本人或代表我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）提供付款、治疗或服务的其他个人或组织，披露上述信息，或者通过他们接收/获取上述信息：

拟向其披露信息的其他个人或组织名称（如果拟披露的信息受 42 CFR 第 2 部分保护，请在此列出接收信息的个人或组织及联络人的准确姓名及名称）：

本授权书将在本人主动撤销时失效，除非下框中指定了失效日期或导致失效的情况：

本授权书的失效日期或会导致失效的情况：

CSPOA 是应本人的要求和/或出于为我的孩子（或我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）进行服务评估、资格确定、服务转介或提供服务之目的，和/或出于下框中所列目的而披露或接收此信息：

其他披露目的：

我明白我并非必须签署本授权书，且我拒绝签署本授权书既不会影响我的孩子（或我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）获得相应治疗的能力，也不会影响我的孩子（或我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）获得相应服务的资格。除特定例外情况之外，已经披露的信息可由接收者再次披露。

我还明白，我有权在任何时候通过向以下地址发出书面通知，来撤销此授权书：**DOHMH, Attn:CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101**。我知道，如果经我授权使用和/或披露我孩子（或我本人，前提是我已年满或超过 18 岁）的相关信息的个人或组织已经根据我的授权采取了行动，则我的撤销将无法生效。

患者或法定授权代表签名

日期

3.25 Simplified Chinese