

披露健康信息授权书

病人姓名	出生日期	病人身份号码/OSIS
病人住址		

我本人，或我所授权的代表，要求根据本表格的说明披露关于我的保健及治疗的健康信息：根据纽约州法律和《1996年医疗保险可移植性与责任法案》（HIPAA）中的隐私权规定，我知道：

- 只有当我在第7项适当的行列写上我的英文姓名首字母时，这一授权表才可以披露有关**酗酒和药物滥用、心理健康治疗的信息**（不包括心理治疗笔记）以及**艾滋病病毒/艾滋病（HIV/AIDS）*相关的保密信息**。倘若下面所述健康信息包括任何这类信息，而我在第7项的行列的方框写上我的英文姓名首字母，则表明我特别授权向联合运作学校健康办公室（Office of School Health）的纽约市健康及心理卫生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，简称DOHMH）和纽约市教育局（New York City Department of Education，简称DOE）披露这些信息。
- 如果我授权披露HIV/AIDS相关的治疗、酗酒或滥用药物的治疗或心理健康治疗的信息，那么DOHMH不得在未得到本人授权的情况下再披露此类信息，除非联邦或州的法律允许这样做。我知道，我有权索取那些可以在未获得授权的情况下获得或使用我的HIV/AIDS相关信息的人士的名单。如果我因HIV相关信息的发布或披露而经受歧视，我可以致电(888) 392-3644与纽约州人权处（New York State Division of Human Rights）联络，或致电(212) 306-7450与纽约市人权委员会（New York City Commission of Human Rights）联络。这些机构有责任保护我的权利。
- 我有权在任何时候书面向我已授权其披露我的信息的这些保健服务提供商要求取消该授权。我知道，除了有关方面已经根据该授权采取的相应行动之外，我可以取消该授权。
- 我知道，签署本授权书是自愿的。我的治疗、付款、对医疗计划的加入或获得福利的资格将不取决于我是否授权披露上述讯息。
- 根据此授权所披露的信息可能会被DOHMH或DOE再披露（除非是上述第2项所说明的情况），而且这一对信息的再披露可能不再受到联邦或州法律的保护。
- 我授权我所有的保健提供者向纽约市健康及心理卫生局和纽约市教育局披露这些信息，并与其讨论这些信息。

7.待披露和讨论的具体信息：
所有健康信息（书面和口头），包括：病人的病史、诊所记录（除了心理治疗记录之外）、化验结果、放射研究记录、胶片、转介、咨询记录、收账记录、保险记录以及其他保健服务提供商送交给我的保健服务提供商的记录。

有以下任何一种健康问题的病人，写上自己的英文姓名首字母，表示授权披露以下信息：（用英文姓名首字母署名）

_____ 酗酒/药物滥用治疗信息。具体说明待披露的记录及披露记录的机构： _____

_____ 心理健康信息

_____ HIV/AIDS相关信息

如果此方框内打勾，则只披露和讨论在此所特别说明的健康信息： _____
（如果您不希望披露或公开全部记录，请使用此方框。

8.披露信息的理由：该信息按照病人或经法律授权的代表的要求而披露。如属另外情况，在此具体说明：	9.这一授权直至病人不再就读纽约市教育局所运作的学校或课程或者不再接受学校健康办公室的服务为止。如属另外情况，在此说明失效日期：
10.若不是病人自己签名，则清楚注明签署表格的人士的姓名： <u>家长/监护人必须填写：</u>	11.与病人的关系： <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家长/监护人 <input type="checkbox"/> 其他（请在下方说明）

本表格上所有项目已经填妥，我对本表格所有的疑问已经得到解答，我也获得了本表的备份。

病人或法律授权代表的签名

日期

*导致艾滋病（AIDS）的人类免疫缺陷病毒。《纽约州公共卫生法》保护可合理地用于识别有艾滋病毒症状或感染的个人的信息，以及因接触过患传染病的某人而成为带菌嫌疑者的信息。

**如果过期日在上述第9条有具体说明，本表则将在那一日期到期，病人的家长或监护人或者法律授权的其他人士必须递交一份新表