

客戶資訊		
姓氏:	名字:	中間名首字母:
案例編號:	SSN:	出生日期:

我們如何聯絡您?			
電話號碼:	地址:	城市/州:	郵遞區號:
如果您不是客戶:			
列明您的姓名:		表明您與客戶的關係:	

誰可以共享資訊:		
個人或實體名稱:	電話號碼:	
地址	城市/州:	郵遞區號:
申請目的:		

誰可以收到這些資訊		
個人或實體名稱:	電話號碼:	
地址	城市/州:	郵遞區號:

哪些資訊可以共用	
<input type="checkbox"/> 計費記錄	<input type="checkbox"/> 免疫記錄
<input type="checkbox"/> 完整記錄	<input type="checkbox"/> 實驗室結果
<input type="checkbox"/> 診斷資訊	<input type="checkbox"/> 用藥資訊
<input type="checkbox"/> 出院記錄	<input type="checkbox"/> 心理健康記錄
<input type="checkbox"/> 毒品/酒精治療資訊	<input type="checkbox"/> 照片/影片
<input type="checkbox"/> 愛滋病毒 (HIV)/愛滋病 (AIDS) 血液檢測 結果和任何相關/所有引用	<input type="checkbox"/> 治療/服務資訊
	<input type="checkbox"/> 其他: _____

### 您的授權意味著什麼

**敏感資訊：** 記錄可能包括與性傳播疾病、獲得性免疫缺陷綜合症 (AIDS) 或人類免疫缺陷病毒 (HIV) 有關的資訊。它們還可能包括有關行為或心理健康服務或酗酒和藥物濫用治療的資訊。

**撤銷權：** 您有權隨時撤銷此授權。如果您撤銷此授權，您必須以書面形式進行。您的撤銷將不適用於已發佈的資訊。

**披露期限：** 您可以提供授權生效的開始和/或結束日期（或事件）。這意味著記錄將僅在您指定的日期期間共用。

此授權將在以下開始日期開始： \_\_\_\_\_

- 如果未指定開始日期，則此授權將在簽署的日期生效。

此授權將在以下結束日期或事件到期： \_\_\_\_\_

- 如果未指定結束日期或事件，則此授權將在簽署之日起一 (1) 個日曆年到期。

**再披露：** 如果您已授權將受保護的健康資訊披露給不受法律要求對資訊進行保密之人，則資訊可能會被再次披露，並且不再受到到保護。

#### 其他權利：

1. 授權披露此資訊是自願的。您可以拒絕簽署此授權。您無需簽署此表格就可接受治療。但是，如果參與研究需要此授權，所以若拒絕此授權則可能會被拒絕參加研究。
2. 您可以檢查或獲取要使用或披露的資訊的副本，如 45 聯邦法規第 164.524 節的規定。
3. 您有權收到此授權的副本。您要此授權的副本嗎？  是  否
4. 有關您的隱私權的更多資訊，請參閱我們的網站上的隱私慣例通知：  
[www.cosdcompliance.org](http://www.cosdcompliance.org) 或致電 619-338- 2808 或使用 PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524 地址聯絡隱私官。

### 簽名

簽名：

日期：