

患者資訊		
名字	姓氏	中間名
		出生日期
地址	城市/州/郵遞區號	
		患者案例編號
提供資訊的個人/組織		接收資訊的個人/組織
姓名	姓名	
地址	地址	
城市/州/郵遞區號	城市/州/郵遞區號	
電話/傳真	電話/傳真	
與患者的關係	與患者的關係	
<input type="checkbox"/> 上述兩人/機構之間可以傳送和接收資訊		
要公開的資訊描述：		
<input type="checkbox"/> 診斷 <input type="checkbox"/> 精神科評估 <input type="checkbox"/> 出院摘要 <input type="checkbox"/> 心理社會評估 <input type="checkbox"/> 治療計畫 <input type="checkbox"/> 隔離/約束資訊 <input type="checkbox"/> 口頭通知： 轉移至外部醫療設施	<input type="checkbox"/> 心理評估結果/職業測試 <input type="checkbox"/> 醫療/神經學評估、實驗室檢查 (腦電圖 (Electroencephalogram, EEG)、心電圖 (Electrocardiogram, EKG) 等) <input type="checkbox"/> 口頭告知： 治療/住院過程 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 其他評價/評估：  <input type="checkbox"/> 法律：  <input type="checkbox"/> 愛滋病毒檢驗結果 患者必須簽名

<p><b>患者資訊公開同意書</b></p> <p>機密患者資訊                  請參閱《福利與慈善法規》                  (W &amp; I) 第 5328 條                  《健康保險可攜性及問責法案》(HIPAA) 隱私規定，                  《美國聯邦法規彙編》(CFR) 第 164.508 條                  DSH-5671 (2015 年 12 月修訂)                  第1頁，共3頁</p>	<p>ADDRESSOGRAPH/LABEL</p>
--	----------------------------

公開資訊期間：從\_\_\_\_\_ (日期) 至\_\_\_\_\_ (日期)  
或

公開上述任何資訊，不論日期

資訊公開目的

評估       治療計畫/療程       其他：\_\_\_\_\_

本人了解：

本人授權（同意分享）本人的個人健康資訊。當資料傳送至/來自州立醫院時，對方/機構會知道本人有接受心理健康服務。

本人自願簽署此授權書（出於個人意願，未受到強迫），且不論本人是否簽署此授權書，都不會影響本人的治療。

依法允許或要求時，所公布的資訊可能再分享給其他人。

為支付影印及郵資等費用，索取資料者可能需要負擔合理的費用。

本人有權利收到此授權書的副本。

在公開任何資訊之前，本人有權撤銷此授權（改變心意不允許公開資訊）。若要撤銷，本人會傳送書面請求給本人所在設施之健康資訊管理部門 (Health Information Management Department, HIMD) 或本人的治療團隊成員。健康資訊管理部門/治療團隊收到撤銷請求後，將不再公開任何額外資訊。

如果未撤銷，本授權將於以下時間結束：

6 個月     一年     其他日期：\_\_\_\_\_  事件：\_\_\_\_\_

患者資訊公開同意書

機密患者資訊  
請參閱《福利與慈善法規》  
(W & I) 第 5328 條  
《健康保險可攜性及問責法案》(HIPAA) 隱私規定，  
《美國聯邦法規彙編》(CFR) 第 164.508 條  
DSH-5671 (2015年12月修訂)  
第2頁，共3頁

ADDRESSOGRAPH/LABEL

患者	或 <input type="checkbox"/> 父母/監護 <input type="checkbox"/> 保護人簽名	日期
正楷簽名		
見證人/專業人員簽名		日期
正楷簽名		

**患者資訊公開同意書**

機密患者資訊  
請參閱《福利與慈善法規》  
(W & I) 第 5328 條  
《健康保險可攜性及問責法案》(HIPAA) 隱私規定，  
《美國聯邦法規彙編》(CFR) 第 164.508 條  
DSH-5671 (2015年12月修訂)  
第3頁，共3頁

ADDRESSOGRAPH/LABEL