

法定姓名：	出生日期：	
姓名（如與法定姓名不同）：		
本人授權 Clackamas 縣行為健康服務 (Clackamas County Behavioral Health, CCBH) 與下列人士／組織／機構交換和披露資訊：		
人士／組織／機構的姓名（名稱）：_____		
電話：_____	傳真：_____	
電子郵件：_____		
地址：_____		
<input type="checkbox"/> CCBH 要索取紀錄 <input type="checkbox"/> CCBH 要寄送紀錄 <input type="checkbox"/> 僅以口頭方式交換紀錄		
<input type="checkbox"/> 互相交換紀錄（准許視情況所需相互分享資訊） CCBH 應透過何種方式披露紀錄（即郵件、電子郵件、傳真）：_____		
將會遭到交換和／或披露的資訊（請勾選所有適用選項）：		
<input type="checkbox"/> 所有健康紀錄	<input type="checkbox"/> 評估	<input type="checkbox"/> 進展紀錄
<input type="checkbox"/> 治療／照護計劃	<input type="checkbox"/> 藥物訂購	<input type="checkbox"/> 化驗／診斷結果
<input type="checkbox"/> 牙科紀錄	<input type="checkbox"/> 醫院紀錄	<input type="checkbox"/> 帳單／付款／保險
<input type="checkbox"/> 健康狀況摘要	<input type="checkbox"/> 進展紀錄	<input type="checkbox"/> 其他：_____
（選填部分。）在下述期間披露紀錄：_____ 至 _____		
（日期）（日期）		
在下方空白欄位簽署英文姓名縮寫即代表本人具體授權披露下列健康資訊（如有此類資訊存在）： 請針對每項授權公開的資訊簽署英文姓名縮寫		
（英文姓名縮寫）_____ 物質濫用障礙診斷、治療或轉介資訊		
（英文姓名縮寫）_____ 人類免疫缺乏病毒／後天免疫缺乏症候群 (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV/AIDS)		
（英文姓名縮寫）_____ 基因檢測		
（英文姓名縮寫）_____ 心理健康（包括評估與測驗）。 心理健康紀錄不包含心理治療紀錄。		
續下頁...		

目的：

本人授權基於下列理由交換或披露健康資訊：

____ 照護協調 ____ 治療 ____ 付款
____ 其他： _____

確認與同意書：

本人瞭解，資訊收受人可能會二次披露其所收到的資訊，但聯邦法律／州法律禁止或是需要本人具體同意的資訊除外。本人瞭解，如果資訊收受人二次披露本人的資訊，本人可能會喪失法律所提供的隱私保障。本人瞭解，物質濫用障礙治療紀錄可能會受到物質濫用障礙患者紀錄保密相關的聯辦法規（《聯邦規則彙編》[Code of Federal Regulations, CFR] 第 42 篇第 2 部分）保護，且在未經本人書面同意的情況下不得遭到二次披露，但法律另有許可或規定的情況除外。如果本人有指定中介者，該中介者可向經過驗證的治療服務提供者二次披露本人的物質濫用障礙資訊，且本人可直接向中介者索取二次披露的清單。本人瞭解，如果本人的健康資訊基於治療、付款或醫療保健作業的目的而遭到使用或披露，資訊收受人可在《健康保險可攜性與責任法案》(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 隱私規定的許可範圍內二次披露該等資訊，但為了針對本人進行民事訴訟、刑事訴訟、行政訴訟和法律訴訟而使用及披露資訊的情況除外。

本人可隨時透過書面方式向任何 CCBH 的工作人員撤銷本授權書。本人瞭解，撤銷授權書將不適用於已根據本授權書披露的資訊。本人瞭解，簽署本授權書並非獲得治療、給付或資格的條件之一。

本授權書將在一 (1) 年後或在下列情況下到期：

(請填寫到期日期或事件)： _____

個人／法定監護人簽名

正楷姓名

日期

請透過下列方式將本授權書交回：

電子郵件： BHBillingandRecords@clackamas.us

傳真： 503-742-5312

郵寄： 11211 SE 82nd Avenue, Suite O

Happy Valley, OR 97086

電話： 503-742-5335