

披露受保护健康情况授权书

本人，_____，特此授权_____向以下计划或机构披露有关
(患者姓名) (服务设施名称)

本人护理情况和病症的健康情况：我已登记加入的统一管理保健计划

以及(或者)APS Healthcare(该公司是加州医疗保健服务部(DHCS)的签约服务者之一，负责提供健康评估，并提供转介服务以使服务对象能继续获得所需的医疗服务)。此类健康情况的内容可包括心理健康、酒精或毒品戒除治疗以及性传染病或者艾滋病毒感染/艾滋病有关情况。此类情况仅可用于帮助本人获得我可能需要的治疗和服务。全部健康情况都将受到保密；而且不得披露，除非已获得授权或者依法律要求而作此类披露。

本人明白，签署此项授权表示：

- 我授权为上述目的而使用或披露可识别个人身份的健康情况，其中包括心理健康、酒精或药滥用以及艾滋病毒感染/艾滋病有关情况。
- 我有权撤销关于披露本人情况的许可。签署此情况披露授权书后，我可以随时撤销此项授权。
- 我明白，DHCS或APS Healthcare已经依据本人授权所采取的诚意行动将不受撤销授权之影响。
- 我自愿签署此授权书；而且，如果我不签署此授权书，治疗、款项支付或者本人的福利资格将不受影响。

本人还明白，获得根据此项授权而披露之卷案记录和情况的人员不得再次使用或披露这些医疗情况，除非其获得本人的另一项授权，或者除非依法律要求或经法律允许而作此类披露。

由Medi-Cal保险受益人签署：

_____ 日期 _____

(从签署日期起，此项授权的有效期将持续一年)

由保险受益人的个人代表签署

_____ 日期 _____

法律效力：

___ 法定监护人/监护人。请随附一份监护权凭证。

___ 医疗保健事宜委托授权。请随附一份委托授权书。