

物質濫用疾病(SUD)服務 資訊披露(ROI)表

本人, _____, 特此授權 _____ 披露給:
客戶姓名 出生日期 服務提供者/組織

機構/醫療保險提供商名稱 **聯絡資訊**

相互溝通並向對方披露下列資訊: (資訊性質, 盡可能有限)

於適用的每個類別上簽上姓名首字母:

人口統計資料	血液中酒精含量	實驗室和其他診斷檢測結果
評估/篩檢結果	藥物	出院總結
尿液分析結果	發送狀態/合規性	發送建議
考勤	就業相關資訊	教育與培訓相關資訊

其他:

該披露之目的: (輸入原因, 如客戶要求、服務協調、支付服務等)

本人明白, 本人的酒精和/或藥物治療記錄受管制《酒精和藥物濫用患者記錄保密性》之聯邦法規、42 CFR第2部份, 以及1996年健康保險流通與責任法案》(HIPAA)、45 CFR第160和164部份的保護, 除非條例另有規定, 否則未經本人書面同意不得披露。本人亦明白, 本人可隨時撤銷本同意書, 但依據本同意書採取行動的情況除外, 並且在任何情況下, 本同意書自動到期, 如下所示:

指定本同意書到期的日期、事件或條件。於適用的每個類別上簽上姓名首字母:

我的公共援助/醫療援助福利終止的日期, 或

其他: (若法律要求, 指定更早的日期)

家長簽名 日期

家長、監護人或授權代表簽名 (若需要) 日期

禁止重複披露酒精或藥物治療資訊須知

禁止重複披露機密資訊

本須知隨附於該客戶同意下向您披露的有關接受酒精/藥物治療之客戶的資訊。向您披露的該等資訊取自受聯邦資訊保密規章42 CFR第2部份保護之記錄資料。聯邦規章禁止您進一步披露此資訊, 除非對此資訊的進一步披露已獲得該資訊所涉及人士的明確書面同意, 或者屬於42 CFR第2部份所許可的內容。對醫療資訊或其他資訊披露的一般授權不足以用於此目的。聯邦規章禁止將此資訊用於對任何酗酒或吸毒患者之犯罪調查或起訴。