

信息发送授权书

姓名: _____ 出生日期: _____ 电话: _____

患者权利

- 您可以随时通过联系我们来结束本授权。
- 您提出结束此授权的请求, 不包含根据您的授权已经使用或披露的信息。
- 您无需签署此表格作为开始得到咨询服务的条件。
- 您有权获得此签名授权的副本。
- 如果您选择不同意此请求, 您的服务将不会受到影响。

患者授权

我特此授权下列姓名或实体以口头或书面形式发布有关任何医疗, 法律/法庭记录, 教育记录, 精神健康和/或酒精/药物滥用诊断或治疗推荐或提供给上述身份的信息患者。我授权这些机构通过邮件, 电话, 亲自, 传真和/或电子邮件联系人共享信息。我知道这些记录受到联邦和州法律对精神健康和滥用药物记录保密的保护, 除非法规另有规定, 未经我的同意不得披露。我也明白, 我可以随时撤销此同意书, 并且必须以书面形式进行。撤销此授权的请求不会影响我们收到请求之前采取的任何操作。

我在此授权_____将我受保护的健康信息 (PHI) 发布到:

我特此授权_____获取我受保护的健康信息 (PHI) :

PHI(个人健康信息)的披露范围:

披露内容可能包括以下口头或书面信息:(请选择所有适用的信息)	
<input type="checkbox"/> 治疗计划	<input type="checkbox"/> 进度记录
<input type="checkbox"/> 治疗日期	<input type="checkbox"/> 结束咨询的总结报告
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 不愿公开的项目内容:

您希望如何传达这些信息?

- 口头讨论
- 书面信息形式
- 其他形式: _____

我理解, 除州或联邦法规另有的限制, 除基于我的同意已经采取的行动, 我可随时撤回此授权。

客户签名

日期

见证人签字

日期

仅限办公室使用的信息发布记录:

签字: _____ 日期: _____