

馬薩諸塞州
心理衛生廳

隱私保密程序通知確認表格

姓名：_____ DMH ID# _____

辦事機構／服務現場／計劃：_____

我收到一份心理衛生廳隱私保密程序通知（第____版，生效日期：_____）

簽名：_____ 日期：_____

當事人或其擁有法定權力作出醫療保健決定的私人代表

如果由私人代表簽名：

端正書寫姓名：_____ 關係：_____

(父母、監護人等)

證人：_____ 日期：_____

如果當事人有一位擁有法定權力代表當事人作出醫療保健決定的私人代表，通知必須發給該私人代表並要求該代表予以確認。如果當事人或其私人代表不在上面簽名，職員必須註明甚麼時候及怎樣將通知交給當事人，為甚麼得不到確認，做過甚麼努力來獲得確認。

將隱私保密程序通知交給當事人的日期：_____ 日期

- | |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 當面 |
| <input type="checkbox"/> 郵寄 |
| <input type="checkbox"/> 電子郵件 |
| <input type="checkbox"/> 其他 |

當事人或其私人代表不簽署本表格的原因：

- 當事人或其私人代表選擇不簽名
- 當事人或其私人代表在職員作了不止一次嘗試之後沒有回應
- 電子郵件收訖核實
- 其他 _____

真誠的努力：職員做過以下真誠的努力來獲得當事人或（適用的話）其私人代表的簽名。請詳細記錄（例如：日期、時間、跟誰談話及嘗試結果）為獲得簽名而作出的努力。必須作出不止一次嘗試。

- 當面說明 _____
- 電話聯絡 _____
- 郵寄 _____
- 電子郵件 _____
- 其他 _____

職員簽名：_____ 職稱： _____

端正書寫姓名：_____ 日期： _____

根據心理衛生廳隱私手冊的規定，本表格必須在有關檔案裡保存至少六年。