

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
 授权释出资讯同意书  
 双向

<b>1. 患者/申请人资料</b>	
姓名: _____	其它名字: _____
街道: _____	公寓#: _____
城市/乡镇: _____	州: _____ 邮递区号: _____
社会安全码 #: _____	出生日期: _____
电话号码: _____	

<b>2. 授权同意书:</b> 我同意心理健康部 (DMH) 可向下列个人、诊所或机构以书面或口头方式释出及接收包括机密沟通记录的资讯内容。	
个人、单位或机构 (e.g., 医院的名称及地址, 门诊单位, 住宿型计画或其他) 名称: _____ 负责人: _____ 街道: _____ 城市/乡镇: _____ 州/邮递区号: _____ 电话号码: _____ 传真号码: _____	<b>DMH 联络资讯:</b> 姓名: _____ 街道: _____ 城市/乡镇: _____ 州/邮递区号: _____ 电话号码: _____ 传真号: _____ 电邮: _____

<b>3. 请勾选您愿意释出的消息: (请勾选所有符合的项目)</b>		
<input type="checkbox"/> 由精神科医师、心理医师、临床心理卫生护理师、持牌照社工师及其他持牌照心理健康专业所提供的心理健康诊断及治疗方式;		
<input type="checkbox"/> 完整的心理健康纪录, 心理治疗纪录需另外的授权书, 不列入此范围		
<input type="checkbox"/> 完整记录 (医疗及心理健康)	<input type="checkbox"/> ISPs & IAPs	<input type="checkbox"/> 治疗计画
<input type="checkbox"/> 出院纪录简述	<input type="checkbox"/> 神经心理测试结果	<input type="checkbox"/> 转院纪录简述
<input type="checkbox"/> 入院纪录	<input type="checkbox"/> 身体检查纪录	<input type="checkbox"/> 医检报告
<input type="checkbox"/> 其他 (请详述) / 额外资讯: _____		

<b>4. 您愿意释出资讯的期间: (请指名日期)</b>
相关资讯时间: 自: _____ 至: _____

Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
授权释出资讯同意书  
双向

患者/申请人姓名: \_\_\_\_\_

**5. 若您同意释出以下讯息，请在下方空格处填上您的姓名缩写：(请在所有符合的项目内填写您的姓名缩写)**

姓名缩写: \_\_\_\_\_ HIV 检验结果 (每件授权同意书皆须获得个别授权许可)

姓名缩写: \_\_\_\_\_ 酒精与药物滥用纪录受到联邦保密条款 42 CFR Part 2 的保护。除非当事人以书面方式清楚表达许可，联邦条款 42 CFR Part 2 禁止进一步揭露相关资讯。

**6. 授权目的: (至少一项)**

个人使用     照护协调     转介     协助付款事项

取得保险、财务或其他福利

其他目的 (请详述): \_\_\_\_\_

我了解:

- 我有权在任何时间推翻此项授权。
- 如果我要解除此项授权，我必须以书面方式呈至第一页内列出的DMH的地址给DMH，或交由所属地区的DMH。(请至[www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory](http://www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory)或去电1-800-221-0053或电邮: [dmhinfo@MassMail.State.MA.US](mailto:dmhinfo@MassMail.State.MA.US))
- 因本份授权书而已经释出的资讯将不适用于授权解除的条件。
- 因法律提供保险公司有权依据我的保险条款来驳回我的医疗费用，授权解除将不适用于我的保险公司。
- 上述的资讯一旦释出，联邦或州政府隐私法规有可能无法限制接收讯息者再度释出该讯息。
- 同意揭露上述资讯是本人自愿的。
- 我并不需要签名同意本文件也能够接受由DMH与/或上述提及的个人、诊所或机构所提供的治疗及服务。然而，无法分享或取得资讯将有可能导致DMH或上述提及的个人、诊所或机构无法提供适当或必须的治疗及服务。

本授权书将于 (请注明特定的日期、时段或事件) \_\_\_\_\_ 过期，若无特定注明, 则以签名日起一年记为到期日。

**7. 签名 / 授权: 签名并提供以下要求的资讯**

X \_\_\_\_\_ 日期  
您或代理人的签名

\_\_\_\_\_  
签名者的姓名正写

如为代理者签名请提供以下资讯：

代理人身分 (例：法院指派, 拥有监护权的父母): \_\_\_\_\_