

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
 授權釋出資訊同意書
 雙向

1. 患者/申請人資料	
姓名: _____	其它名字: _____
街道: _____	公寓.#: _____
城市/鄉鎮: _____	州: _____ 郵遞區號: _____
社會安全碼 #: _____	出生日期: _____
電話號碼: _____	

2. 授權同意書: 我同意心理健康部 (DMH) 可向下列個人、診所或機構以書面或口頭方式釋出及接收包括機密溝通記錄的資訊內容。	
個人、單位或機構 (e.g., 醫院的名稱及地址, 門診單位, 住宿型計畫或其他) 名稱: _____ 負責人: _____ 街道: _____ 城市/鄉鎮: _____ 州/郵遞區號: _____ 電話號碼: _____ 傳真號碼: _____	DMH 聯絡資訊: 姓名: _____ 街道: _____ 城市/鄉鎮: _____ 州/郵遞區號: _____ 電話號碼: _____ 傳真號碼: _____ 電郵: _____

3. 請勾選您願意釋出的消息: (請勾選所有符合的項目)		
<input type="checkbox"/> 由精神科醫師、心理醫師、臨床心理衛生護理師、持牌照社工師及其他持牌照心理健康專業所提供的心理健康診斷及治療方式;		
<input type="checkbox"/> 完整的心理健康紀錄, 心理治療紀錄需另外的授權書, 不列入此範圍		
<input type="checkbox"/> 完整記錄 (醫療及心理健康)	<input type="checkbox"/> ISPs & IAPs	<input type="checkbox"/> 治療計畫
<input type="checkbox"/> 出院紀錄簡述	<input type="checkbox"/> 神經心理測試結果	<input type="checkbox"/> 轉院紀錄簡述
<input type="checkbox"/> 入院紀錄	<input type="checkbox"/> 身體檢查紀錄	<input type="checkbox"/> 醫檢報告
<input type="checkbox"/> 其他 (請詳述) / 額外資訊: _____		

4. 您願意釋出資訊的期間: (請指名日期)
相關資訊時間: 自: _____ 至: _____

