

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)**

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;

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

完整記錄 (醫療及心理健康)

ISPs & IAPs

治療計畫

出院紀錄簡述

神經心理測試結果

轉院紀錄簡述

入院紀錄

身體檢查紀錄

醫檢報告

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: \_\_\_\_\_

