

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
授权释出心理治疗记录同意书
双向

1. 患者/申请人资料	
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: _____	

2. 授权同意书: 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心理治疗纪录。	
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: _____	DMH 联络资讯: 姓名: _____ 街道: _____ 城市/乡镇: _____ 州/邮递区号: _____ 电话号码: _____ 传真号码: _____ 电邮: _____

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

4. 授权目的: (至少一项)
<input type="checkbox"/> 个人使用 <input type="checkbox"/> 照护协调 <input type="checkbox"/> 转介 <input type="checkbox"/> 协助付款事项
<input type="checkbox"/> 取得保险、财务或其他福利
<input type="checkbox"/> 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 或去电 1-800-221-0053 或电邮: 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。

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
授权释出心理治疗记录同意书
双向

患者/申请人姓名: _____

我了解:

- 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。

5. 签名 / 授权: 签名并提供以下要求的资讯

X _____
您或代理人的签名 日期

签名者的姓名正写

如为代理人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): _____