

Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
授權釋出心理治療記錄同意書  
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心理治療紀錄。

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. 您願意釋出心理治療紀錄的時間: (註明日期)**

釋出資訊日期: 自: \_\_\_\_\_ 至: \_\_\_\_\_

**4. 授權目的: (至少一項)**

- 個人使用    照護協調    轉介    協助付款事項  
 取得保險、財務或其他福利  
 其他目的 (請詳述): \_\_\_\_\_

我了解:

- 我有權在任何時間推翻此項授權。
- 如果我要解除此項授權, 我必須以書面方式呈至第一頁內列出的DMH的地址給DMH, 或交由所屬地區的DMH。(請至[www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory](http://www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory); 或去電1-800-221-0053或電郵 [dmhinfo@MassMail.State.MA.US](mailto:dmhinfo@MassMail.State.MA.US) )
- 因本份授權書而已經釋出的資訊將不適用於授權解除的條件。
- 因法律提供保險公司有權依據我的保險條款來駁回我的醫療費用, 授權解除將不適用於我的保險公司。

Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
授權釋出心理治療記錄同意書  
雙向

患者/申請人姓名: \_\_\_\_\_

我了解:

- 上述的資訊一旦釋出，聯邦或州政府隱私法規有可能無法限制接收訊息者再度釋出該訊息。
- 同意揭露上述資訊是本人自願的。
- 我並不需要簽名同意本文件也能夠接受由DMH與/或上述提及的個人、診所或機構所提供的治療及服務。然而，無法分享或取得資訊將有可能導致DMH或上述提及的個人、診所或機構無法提供適當或必須的治療及服務。

本授權書將於 (請註明特定的日期、時段或事件) \_\_\_\_\_ 過期，若無特定註明，則以簽名日起一年記為到期日。

**5. 簽名 / 授權: 簽名並提供以下要求的資訊**

**X** \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
您或代理人的簽名

\_\_\_\_\_ 代理者的姓名正寫

如為代理人簽名請提供以下資訊：

代理人身分 (例：法院指派, 擁有監護權的父母): \_\_\_\_\_