



授權根據 HIPAA 發佈健康資訊
[此表格已經獲得了紐約州衛生局的核准]

病患姓名	出生日期	社會安全號
病患地址		

本人或本人的授權代表要求按照本表格的規定發佈有關本人保健和治療的健康資訊：

根據紐約州法律以及 1996 年「健康保險攜帶和責任法案」(HIPAA)的隱私規定，本人理解：

- 僅在本人於第9(a)項的相應行上簽上本人姓名字首縮寫時，此授權才包含與**酒精和濫用藥物、心理治療**相關的資訊公佈（心理治療記錄和**機密性 HIV* 相關資訊**除外）。如果以下所述的健康資訊包括任何這些類型的資訊，並且本人在第 9(a)項的方塊中簽上本人的姓名字首縮寫，則表示本人明確授權將此類資訊披露給第 8 項中指明的人員。
- 如果本人授權披露HIV相關的、酒精或藥物治療或心理健康治療的資訊，則嚴禁接受者在未經本人授權的情況下重新披露此類資訊（除非聯邦或州法律允許）。本人理解，本人有權申請未經授權即可收到或使用本人HIV相關資訊的人員名單。如果本人因發佈或披露與 HIV 相關的資訊而遭受歧視，本人可致電(212)480-2493 聯絡「紐約州人權處」，或致電(212)306-7450 聯絡紐約市人權委員會。上述機構有責任保護本人的權利。
- 本人有權隨時透過寫信給以下列出的醫療保健提供者撤銷此授權。本人理解，本人可以撤銷此授權，除非已基於此授權採取了行動。
- 本人理解，簽署此授權為自願行為。本人的治療、付款、參加健康計劃或享受福利的資格不以本人的資訊披露授權為條件。
- 根據本授權披露的資訊可能會被接受者重新披露（符合上文第 2 項所述的情況除外），且此重新披露可能不再受聯邦或州法律保護。
- 本授權並不授權您與第 9(b)項中規定的律師或政府機構以外的任何人討論本人的健康資訊或醫療保健。**

7.披露此資訊的健康提供者或組織的名稱和地址：	
8.獲得此 資訊的人員姓名和地址或人員類別：	
9(a).待披露的具體資訊： <input type="checkbox"/> 從（插入日期）_____ 到（插入日期）_____ 的醫療記錄 <input type="checkbox"/> 整個醫療記錄，包括病患史、辦公室記錄（心理治療記錄除外）、檢測結果、放射科研究、拍片、轉診、諮詢、計費記錄、保險記錄以及其他醫療保健提供者傳送給您的記錄。 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 包括：（透過首字母標明） _____ 酒精/藥物治療 _____ 心理健康資訊 _____ HIV 相關資訊的授權	
討論健康資訊 (b). <input type="checkbox"/> 在此填寫姓名首字母 _____ 表示我授權 _____ _____ 首字母 _____ 個人保健服務提供者的姓名 與此處列出的本人律師或政府機構討論本人的健康資訊： _____ （律師/事務所名稱或政府機構名稱）	
10.資訊披露原因： <input type="checkbox"/> 根據個人請求 <input type="checkbox"/> 其他：	11.授權到期日期或事件：
12.如果非病患本人，簽名人姓名：	13.代表病患簽名的授權：

已完成此表格上的所有項目，本人關於此表格的問題已得到回答。此外，本人已獲得了一份表格副本。

日期：_____

病患或法律授權代表簽名。 _____

* 導致 AIDS 的人體免疫缺陷病毒。紐約州公共衛生法保護相關個人資訊（可透過這種資訊合理地確定某人存在 HIV 症狀，或存在感染情況）以及有關個人聯絡方式的資訊。

使用符合 HIPAA 的授權表格發佈訴訟所需健康資訊的說明

此表格是紐約州政聽證辦公室、紐約醫療服務提供者社區代表與法官和律師之間合作過程的產物，旨在製作符合聯邦「健康保險攜帶和責任法案」（「HIPAA」）及其實施條例隱私要求的標準官方表格，可用於授權在紐約州法院發佈訴訟所需的健康資訊。然而，該表格可能具有更廣泛的套用範圍，可在訴訟開始之前或者律師認為該表格有用時使用。

其目的是製作一個符合HIPAA標準的正式表格，以避免目前經常發生的關於在訴訟過程中提出的健康資訊申請是否符合 HIPAA 隱私規定要求的爭議。然而，應注意的是，該表格為選填性質。可以線上填寫此表格，然後下載要手寫簽名的表格，或下載後以紙本方式完全填寫。

填寫第11項（要求填寫授權到期的日期或事件）時，填表人可指定一個事件（如「在我的法庭案件結案時」），或提供特定日期時間量（如「自該日起3年」）。

如果病患嘗試授權披露他或她的整個病歷，但只能從某一特定日期開始，則應勾選第9(a)節中的前兩個方塊，並且在包含第一個方塊的第一行中插入相關日期。