



披露或索取受保护健康信息的授权书

HIPAA 合规授权表

姓名（请正楷填写）：_____ 出生日期：_____

联系电话：_____ 地址：_____ 电子邮箱：_____

本人谨此授权以下县级服务提供者（机构或计划）：_____

向以下接收方披露个人可识别健康信息和/或 与其交换信息：

名称：	收件人：	
地址：		
城市：	州：	邮编：
电话：	传真（如适用）：	
电子邮箱（如需通过加密邮件发送记录）：		

1. 授权披露的信息包括：

- 身体健康记录 财务记录 物质使用障碍记录（42 CFR 第 2 部分）
- 行为健康记录 社会服务记录 其他 _____

2. 本次授权有效期至：（日期或事件）_____

3. 信息的使用/披露目的如下：

- 治疗、付款及医疗保健业务目的；和/或 其他目的：_____

4. 二次披露：

如果根据本授权书披露的信息受《联邦物质使用法规》（42 CFR 第 2 部分）保护，且接收方为 HIPAA（《健康保险流通与责任法案》）涵盖实体或其业务关联方，则该信息可能会根据 HIPAA 进行二次披露，但除非 42 CFR 第 2 部分允许，否则该信息不得用于民事、刑事、行政或立法程序。一旦根据 HIPAA 进行二次披露，该信息可能会被进一步披露，且不再受 42 CFR 第 2 部分或 HIPAA 的保护。若信息受 42 CFR 第 2 部分保护，且根据本授权书所披露信息的接收方并非 HIPAA 涵盖实体或其业务关联方，则该信息仅可在本授权书或 42 CFR 第 2 部分允许的情况下进行二次披露。

5. 本人理解：

- 根据本授权书使用或披露物质使用障碍信息的服务提供者，将仅共享实现披露目的所必需的最少信息量。
- Fairfax 县不会以本人签署本授权书作为提供治疗、支付、登记或福利资格相关服务的前提条件。
- 本人可以随时向上述服务提供者提交书面撤销声明来撤销本次授权，但服务提供者已根据本授权书采取行动的部分除外。
- 已向本人充分说明拟披露信息的内容，且本人自愿作出本次授权。

签名：_____ 日期：_____

与接受服务的个人的关系： 本人 未成年子女的家长 监护人 合法授权代表

42 CFR 第 2 部分禁止未经授权使用或披露物质使用障碍记录。