**受保护健康信息的使用或披露授权书**

患者姓名： 出生日期：

地址： 日间电话：

 夜间电话：

**本人特此授权耶鲁大学（选择一项）：**

**□  将我的受保护健康信息（如下所示）用于或披露*给*：**

**□  *从*以下来源获取我的受保护健康信息：**

姓名：

地址： 电话：

 传真：

请披露 至 时段内**的信息：**

|  |  |
| --- | --- |
| * 所有记录
 | * 就诊报告/记录
 |
| * 病史和体检
 | * 处方信息
 |
| * 免疫接种
 | * 记录和化验结果涉及：

其他/备注：   |
| * 化验单
 |
| * X 光片报告
 |

|  |
| --- |
| **我了解，这些健康信息可能包含敏感信息。签署本表格，即表示本人明确授权披露与以下事项相关的信息：** |
| * 物质滥用治疗信息
* 人类免疫缺陷病毒 (HIV) 相关信息，包括与艾滋病 (AIDS) 相关的化验
* 心理健康信息

**签名**  日期：  | 根据《康涅狄格州一般律例》(Connecticut General Statutes) 第 899 章和《美国法典》(United States Code) 第 42 卷，本记录需要保密。如未得到根据这些法令提供的书面许可或授权，不得将此资料传输给任何人。 |

**首选格式：**❑  CD     ❑  纸质版本     ❑  安全文件传输

**披露目的：**❑  治疗     ❑  员工补偿     ❑  法律     ❑  学校
❑  其他：

1. 我了解，此授权将在我上次就诊之日的两年后到期。本表格的复印件将被视为与原件同样有效。
2. 我了解，我可以随时通过以书面形式通知隐私办公室来撤消此授权，并且此授权将于通知的日期失效，除非已经采取了需要依赖于授权的相关措施。将撤消函发送至：HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 我了解，根据此授权使用或披露的信息可能会被接收者再次披露，从而不再受到联邦隐私法规的保护。但是，其他州级或联邦法律可能会禁止信息接收者披露受到特别保护的信息，例如物质滥用治疗信息、HIV/AIDS 相关信息，以及精神病/心理健康信息。
4. 如果我不签署此表格，我接受的医疗服务和为其支付的款项也不会受到影响。
5. 我了解，如果我拒绝签署此授权书，不会损害我目前或未来获取精神疾病治疗服务的权利，除非为了进行治疗而有必要披露此类信息。
6. 我了解，我将在签署此表格后获得它的一份副本。

**在下面签名，即表示我承认自己已经阅读并理解本授权书。**

 或者

**患者签名** **父母/法定监护人/授权人员签名** 日期

与患者的关系

**请通过邮寄、传真或扫描方式将完成的表格发送至：**