医疗信息使用和披露授权书

本授权书允许下述医疗保健提供者公布机密医疗信息和记录。注：*有关未成年人的治疗、HIV、精神/心理健康状况，或酒精/物质滥用的信息和记录有特殊规则，需要明确授权。*

授权

我特此授权：

医师/医疗保健机构

通过邮件、传真或其他电子方式公布有关我\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患者姓名） \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患者出生日期）的病史、疾病或受伤、会诊、处方、治疗、诊断或预后的信息，包括上述医疗保健提供者持有的其他医疗保健提供者的x射线、通信和/或记录。

给：

姓名/名称

地址

城市 州 邮政编码

医疗信息/记录将用于以下目的：

本授权：

[ ]为无限授权（所有记录，包括物质滥用、心理健康、HIV诊断/治疗）

[ ] 仅限于以下医疗信息：

我还明确同意公布以下记录：

药物/酒精/物质滥用

精神/心理健康

HIV抗体测试

HIV诊断/治疗

遗传信息

（草签）

（草签）

（草签）

（草签）

（草签）

期限

本授权立即生效，并保持有效至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

日期

限制

除非获得我的另外授权或者法律明确要求或允许披露，否则不允许进一步使用或披露这些医疗信息。

本授权书的影印本或传真件应被视为与正本具有同等效力。

我已得知我有权获得一份授权书。

患者或*患者的法律/个人代表*签名 *若非患者，*与患者的关系

\_

患者姓名（正楷） 日期

患者的社保号码 患者的出生日期

证人姓名 证人签名