

本表格用於在聯邦和州隱私法律要求您提供授權的情況下，分享您的受保護健康資訊（以下簡稱「PHI」）。

HIPAA 的隱私條款要求保護個人可辨識健康資訊。這些條款將「受保護健康資訊」定義為以下方面的資訊：

- 個人在過去、現在或將來的身體或精神健康或狀況。
- 向個人提供醫療保健服務。
- 個人在過去、現在或將來接受的醫療保健服務的給付費用。

資訊保護適用於從個人收集或由醫療服務提供者、健康計劃、醫療保健資訊交流中心或雇主收到或建立、並以任何形式或媒介進行維護或傳輸的資訊。

您的授權將使得 PerformCare NJ 與您所選的個人或組織分享您的 PHI。您還可以選擇許可這些人員或組織與 PerformCare NJ 分享您的 PHI。您可以隨時向 PerformCare NJ 提交一份請求，取消這項授權。請聯絡會員服務電話 **1-877-652-7624** 或 TTY（適用於聽障人士）**1-866-896-6975** 獲取更多說明。

A 部分、青少年資訊：（將要分享何人的 PHI）

青少年名字：		中間名首字母：	
姓氏：	CYBER ID：		
街道地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	
青少年出生日期：	日間電話號碼（包括區域碼）：		
電子郵件地址：			
電子郵件地址：			

B 部分、接收者：（將收到您的 PHI 的個人或組織）

以下個人或組織有權接收我的 PHI：			
您是否希望以下個人或組織也可以與我們分享您的 PHI？ ☐ 是 ☐ 否			
名字：		姓氏：	
組織名稱（如果適用）：			
地址：			
城市：	州：	郵遞區號：	
電話號碼（包括區域碼）：		傳真號碼（包括區域碼）：	
與 A 部分所列青少年之間的關係：		接受者電子郵件：	

C 部分、描述即將分享的 PHI：

請告知我們哪些類型的 PHI 可供分享。勾選項目數量不限。必須至少勾選一項。注意：聯邦和州法律允許在某些情況下無需您的授權即可分享 PHI。

醫療記錄

☐ 所有與我的健康及提供和給付我的醫療保健福利及服務有關的 PHI，但精神/行為健康以及下方核取方框項目中所述的醫療狀況除外。

注意：聯邦法律規定，必須取得單獨授權後方可分享心理治療筆記。

☐ 有些法律允許您對於分享與某些醫療狀況有關的 PHI 授予特別許可。如果您允許我們分享與這些醫療狀況有關的 PHI，請勾選以下方框。您勾選這些方框即表示您允許分享您的所有包含與這些醫療狀況有關的 PHI 的記錄。如果您只想授權分享與某種醫療狀況有關的部分記錄，例如僅與一種診斷相關的記錄，則請填寫下方的「僅限有限資訊」部分。

☐ 遺傳資訊

☐ 性傳播疾病

☐ HIV/AIDS

☐ 墮胎及計劃生育

☐ 物質或酒精使用

☐ 傳染病

精神/行為健康記錄

☐ 有些法律允許您對於分享與精神/行為健康有關的 PHI 授予特別許可。如果您允許我們分享與精神/行為健康有關的 PHI，請勾選以下方框。您勾選這個方框即表示您允許分享您的所有包含與精神/行為健康有關的 PHI 的記錄，包括住院治療記錄。

☐ 精神/行為健康（包括住院治療）

☐ 僅限有限資訊。請在以下方框中說明您希望分享的 PHI。例如：

• 與我在[日期]的服務有關的索償。

• 與我在[日期]的索償有關的上訴資訊。

請說明您希望分享的資訊：

D 部分、本授權的目的：

本授權僅對於以下目的分享 PHI 有效。（請勾選一項或兩項方框。）

☐ 有利於診斷、治療、管理和/或支付我的健康需求。

或

☐ 由於以下原因：

如果用於上述目的之外的任何目的，本授權將無效。

日期：

E 部分、本授權的到期日：

除非您提前選擇了到期日，否則本授權將在簽署之日一 **(1)** 年後自動終止。如果您希望本提前終止本授權，請在下方提供到期日期。

☐ 我希望本授權的終止日期為 _____。

或

☐ 以下事件或狀況完成時：_____。

F 部分、批准：（您或您的個人代表必須簽署本表並注明日期，以便處理這份授權。）

本人理解，授權分享本人的 PHI 純屬自願行為，不是取得保險福利資格或給付索償的條件。本人理解，如需取消本授權，則必須將該事件/狀況告知 PerformCare NJ。除非您提前選擇了到期日，否則本授權將在簽署之日一年後自動失效。本人理解，可以隨時向 PerformCare 提出請求取消本授權，且授權取消不會影響請求取消之前已經採取的措施。

本人還理解如果本人取消了這項授權，若本人希望上文 B 部分列出的個人或組織不再分享本人的 PHI，則應分別通知這些個人或組織。本人還理解如果本人在上文授權獲取本人的 PHI 的個人和組織不受聯邦或州健康資訊隱私法的約束時，他們可以進一步分享我的 PHI，且這類資訊將不再受到聯邦或州隱私法律的保護。鑒於本授權書的簽署，本人理解本人或本人的個人代表有權收到本表格的副本，並審核可能被分享的本人 PHI。

年輕人/家長簽名：我在下方簽名即表示我授權按照上述方式分享我的 PHI。

年輕人/家長簽名：

日期：

個人代表資訊：我在下方簽名即表示我授權分享如上所列的年輕人的 PHI。（個人代表是指依法有權代表年輕人做出醫療保健決策的人。必須提交授權委託書或其他合法醫療保健文件給 PerformCare NJ 以供存檔，亦可隨本表一併提交。）

個人代表或法定監護人正楷姓名：

代表人地址：

個人代表權力描述：

個人代表簽名：

日期：

電話號碼：

健康資訊分享授權附錄

口頭同意

我們茲此簽名以證明上文 A 部分所述之年輕人**無法親自**簽署本授權。年輕人口頭同意並不能取代證明其他是其個人代表的文件，亦不能僅僅因為年輕人不便於簽名就以口頭同意來取代這份證明文件。

年輕人無法簽名的原因：

以下簽名表明：

- 本表中的資訊已傳達給年輕人。
- 年輕人表示已經理解本授權書中的資訊。
- 年輕人自願表示同意。

與會員溝通的方式：

- ☐ 電話
- ☐ 當面
- ☐ 其他（請注明）：

見證人正楷姓名：

見證人正楷姓名：

見證人簽名：

見證人簽名：

日期： / /

日期： / /

請將本表填妥後寄回至：

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691
或傳真號碼：**1-877-736-9166**（免費）
或電子郵件：**shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org**