

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

日期: _____

個案姓名: _____

個案號碼: _____

工作人員姓名: _____

工作人員 ID: _____

工作人員電話號碼: _____

顧客 ID: _____

授權使用和公佈受保護的健康資訊

本表格的目的: 這份表格要求你同意並允許公共社會服務局 (DPSS) 獲得有關你健康的資訊, DPSS 將使用此資訊來決定你的福利。

如果你完整填寫並且簽署了這份表格:

- 你同意你的醫生或者健康照顧醫務人員能夠與 DPSS 分享有關你健康的資訊。
- DPSS 可以分享你的資訊。
- 你有權利在任何時候改變你的主意。

如果你決定不簽署這份表格:

- 這不會影響你的健康照顧治療。
- 這可能影響你的 DPSS 福利。

姓氏 _____ 名字 _____ 出生日期 (月份/日期/年份) _____

我授權 (請勾選所有適用的):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center: | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center |
| _____ | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc. |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network | |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

FACILITY NAME _____ STREET ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____

公佈有關我健康的資訊給予:

公共社會服務局 (DPSS) 區域辦事處名稱 _____

街道地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

這份授權的有效期限直到: ____ / ____ / ____ .
結束日期 (月份/日期/年份)

如果你改變主意

你有權利在任何時候改變主意。在這份表格完整填寫和簽署姓名之後，如果你要改變主意，你必須以書面方式讓 DPSS 知道。你可以做以下的行動：

- 簽署撤銷授權。
- 郵寄或者遞送這份已簽署的表格至以下的地址：

撤銷授權

我在此撤銷以前曾給予的授權。我明白我的健康照顧醫務人員已經提供給 DPSS 的資訊，DPSS 可以使用和分享此資訊。

病人/合法代表

正楷書寫姓名

日期 (月份/日期/年份)