

### A. 會員資訊

名字: \_\_\_\_\_ 姓氏: \_\_\_\_\_ 中間名縮寫(MI): \_\_\_\_\_  
會員ID號碼: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_  
街道地址: \_\_\_\_\_  
城市, 州: \_\_\_\_\_ 郵遞區號: \_\_\_\_\_

### B. 資訊的數量與資訊類型

本人授權第一保健分享本人的下列藥物使用症資訊:

- 本人的所有藥物使用症資訊
- 僅提供以下藥物使用症記錄(請盡可能具體說明, 如僅提供出院摘要、僅提供化驗資訊、僅提供已支付的費用申報資訊、僅提供授權資訊): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本授權針對以下日期的記錄: \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_

### C. 誰獲得本資訊

本人授權第一保健與下列個人或機構分享本人在本表格特定的藥物使用症資訊:

請勾選適用項:  醫療服務提供者  非治療性醫療服務提供者  其他

請盡量在下方提供具體資訊

個人姓名\*: \_\_\_\_\_  
機構名稱\*\*: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_  
電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

\*如果您希望我們與一位以上的個人或機構分享您的資訊, 請在本表格背面的I部份為其他資訊獲得者提供相同的資訊。

\*\*如果機構為非治療性醫療服務提供者機構(如律師事務所、人壽保險、PPS), 請說明您希望披露資訊的具體個人的姓名。

### D. 披露本資訊的原因

本人因下列原因授權第一保健分享本人的藥物使用症資訊(請盡可能具體說明):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### E. 失效日期與撤銷授權

如果沒有提供失效日期或事項, 本表格將在簽署日期的24(二十四)個月內失效。

本授權將因下列情況失效:  在該日期失效: \_\_\_\_\_  
 在發生下列事項時失效: \_\_\_\_\_

**撤銷授權的權利:** 本人可隨時撤銷本授權。如果本人希望撤銷本授權, 本人可以向第一保健的隱私權保護辦公室(Privacy Office)寫信并郵寄至P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183, 或者發送電子郵件至[HIPAAprivacy@healthfirst.org](mailto:HIPAAprivacy@healthfirst.org)。本人的撤銷授權不會影響第一保健在收到本人的撤銷授權要求之前所採取的任何行動。

## F. 本人需要瞭解的重要資訊

本人在下方的簽名則表示本人明白，本人的藥物使用症記錄受聯邦法規規管保密性與藥物使用症病人記錄 (Federal regulations governing Confidentiality and Substance Use Disorder Patient Records, 即聯邦法規彙編第42篇第2部份(42 C.F.R. Part 2,))、1996年醫療保險轉移和責任法(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, 簡稱「HIPAA」)以及聯邦法規彙編第45 篇第160和164部份(45 C.F.R. pts 160 & 164)的保護。除了因法規而披露之外，在沒有本人書面許可的情況下，不能披露本人的藥物使用症資訊。

## G. 會員簽名或授權方簽名

如果您是會員或會員的法定代表，您必須簽署本表格。

簽名: \_\_\_\_\_

請工整書寫姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

如果簽署本授權的人士不是會員，請描述您與會員的關係(即父母/法定監護人、法定代表等):

\_\_\_\_\_

**請注意：**如果本授權由會員的法定代表簽署，您必須提供授權您代表會員行事的相關法律文件(如授權書、法定監護文件、遺產執行人文件)。

## H. 填妥的表格遞交何處

請將填妥的表格及任何相關文件寄回第一保健會員服務部，地址是：

P.O. Box 1566 | New York, NY 10274-1566

傳真: 1-646-313-9059

## I. 其他資訊獲得者的資訊(與C部份相關)

請勾選適用項：  醫療服務提供者  非治療性醫療服務提供者  其他

請盡量在下方提供具體資訊

個人的名字: \_\_\_\_\_

機構名稱\*\*: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

請勾選適用項：  醫療服務提供者  非治療性醫療服務提供者  其他

請盡量在下方提供具體資訊

個人的名字: \_\_\_\_\_

機構名稱\*\*: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

請勾選適用項：  醫療服務提供者  非治療性醫療服務提供者  其他

請盡量在下方提供具體資訊

個人的名字: \_\_\_\_\_

機構名稱\*\*: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

\*\*如果機構為非治療性醫療服務提供者機構(如律師事務所、人壽保險、PPS)，請說明您希望披露資訊的具體個人的姓名。