SAPC 治疗与护理协调同意书填写说明

本同意书的目的是提供书面许可，以便将您的健康信息，包括受**42 《美国联邦法规汇编》（CFR）第2 部分**保护的（物质使用障碍信息）信息，在 SAPC 提供者网络内您的从前、过去和未来的治疗提供者之间，和经本同意书中指定的外部实体或个人之间，在您或您的授权代表的要求下，为客户的治疗和护理协调目的，进行信息的发布和交换。对于SUD信息，同意和披露的目的必须符合 **42 CFR 第2部分**的要求以及所有适用的联邦和州法律。您的授权是自愿的，您可以拒绝签署。请花一点时间阅读以下说明。

仔细阅读每一部分

本表格包含几个部分，分别说明：

- **哪些信息**可以共享
- **谁**可以发送和接收信息
- **为什么**要共享信息
- 授权持续**多长时间**
- **您**撤销或限制信息发布授权**的权利**

签署前，请**通读并审阅每一部分**。

指定可以发布哪些信息

您可以选择限制所发布信息的类型或数量。您可以授权披露：

- 您的全部健康记录，**或**
- 指定您授权使用和披露的信息

谁可以共享和接收您的信息

您必须指定您授权共享信息的对象。这可以包括：

- SAPC的提供者网络或机构，**或**
- SAPC提供者网络或机构中的特定治疗提供者，**或**
- SAPC提供者网络或机构以外的一个或多个实体/个人或中介

请参阅第 II 部分“获授权共享健康信息的实体”。

审阅您在 HIPAA 和 42 CFR 第 2 部分下的权利

本表格说明了您在联邦和州法律下的权利。您有权：

- **拒绝签署**本授权
- 随时以书面或亲自方式**撤销**您的授权
- **获得**已填写表格的**副本**
- **限制**共享哪些信息
- **期望保密保护**，包括再披露限制

请参阅第IV部分“其他重要信息”和第VI部分“披露随附通知”，了解与您在HIPAA和42 CFR 第2部分下的权利相关的更多信息。

授权到期

本同意书将在签署之日起一年后到期，除非您在指定空白处填写不同的到期日期，或除非您撤销本同意书。
从本表格签署之日起计算，您可以指定一个短于一年或长于一年的日期。如果您未指定到期日期，提供者将填写自同意书签署之日起一年的日期。

请参阅第IV部分“其他重要信息”和第VII部分“撤销同意”，了解有关您授权权利的更多信息。

撤销您的授权

您可以随时通过书面或亲自通知您的治疗提供者或项目来撤销您的授权。如果在到期日期之前撤销同意，本表格将被视为已撤销。撤销**不会**使收到撤销前已共享的信息失效。

当需要父母、监护人或法定代表的同意才能为未成年人提供 SUD
咨询或治疗时，撤销部分必须由未成年人**和**父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表将在第V部分“客户或法定代表签名”下的第一个签名行上正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方的行上说明其与客户的关系。未成年人将在第一个见证人签名字段上正楷书写其姓名并签名。

请参阅第IV部分“其他重要信息”和第VII部分“撤销同意”，了解有关如何撤销您的授权的更多信息。

电子交换和安全

所有披露——包括以电子方式作出的披露——必须符合：

- **HIPAA**要求
- **42 CFR 第2部分**
- 其他适用的联邦和州**保密法律**

在表格上签名并注明日期

您的签名确认：

- 您**理解**表格上的信息
- 您**授权披露**所述**信息**
- 您**理解**您在HIPAA和42 CFR 第2部分下**的权利**

如果您作为**法定代表**签署，您必须说明您的授权依据。法定权限的示例包括父母、法定监护人、保护人、遗产执行人、授权代理人和/或近亲。您将被要求提供额外文件以证实您的授权或关系。

如果您作为见证人签署以证明画押签名，请填写相应部分并提供您的信息。

当需要父母、监护人或法定代表的同意才能为未成年人提供SUD咨询或治疗时，同意书必须由未成年人和父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表将在第V部分“客户或法定代表签名”下的第一个签名行上正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方的行上说明其与客户的关系。未成年人将在第一个见证人签名字段上正楷书写其姓名并签名。

交回填写完毕的表格

将已签署的表格交回负责处理您请求的提供者、项目或机构。您可以索取一份副本作为您的记录。

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

物质滥用预防与控制

物质使用障碍健康信息发布同意书——用于治疗和护理协调

同意与披露的目的：本同意书授权从 SAPC
提供者网络内客户的当前、过去和未来的治疗提供者那，与本同意书中指定的外部实体或个人之间，在客户或其授权代表的要求下，为客户的治疗和护理协调目的，发布受42 CFR 第2部分
保护的物质使用障碍（SUD）健康信息。请通过选择以下一个或两个选项，表明您是授权在SAPC提供者网络内您当前、过去和未来的治疗提供者之间共享信息，还是在 SAPC 提供者网络与一个或多个 SAPC
提供者网络以外的外部实体/个人或中介之间共享信息：

☐ 在SAPC提供者网络内　　☐ 在SAPC提供者网络外

本部分所做的选择必须与第II部分所做的选择一致。获授权共享健康信息的实体。

I. 客户信息		
姓名（姓、名和中间名）：	出生日期：	Medi-Cal #：
电子邮件地址： 提供您的电子邮箱地址，即表示您授权SAPC和SAPC的提供者网络通过电子邮件联系您。	电话号码：	社会安全号码后4位：
地址：		Sage ID #：

II. 获授权共享健康信息的实体

我授权我当前、过去和未来的治疗提供者根据本请求，为我的治疗和护理协调目的，与下述指定实体交换受42 CFR 第2部分保护的 SUD 健康信息。

选择以下一个或多个选项。“在SAPC提供者网络内”选项中只能选择一个。以下选择的选项必须与本文件顶部选择的选项一致。

☐
SAPC的整个提供者网络：与SAPC提供者网络内的所有治疗提供者。如果这是唯一的选择，请跳至第III部分。披露范围。

☐ 选择**SAPC提供者机构：**与下述指定的SAPC提供者网络内的特定治疗提供者。

☐ **SAPC提供者网络外：**与下述指定的SAPC提供者网络以外的实体/个人或中介。

使用下方提供的空白处填写您授权向其发布受保护SUD信息的SAPC提供者网络中的特定提供者和/或外部实体的联系信息。如需更多空间，请使用“ROI 补充授权个人/实体”文件列出额外实体，并将该文件附在本同意书末尾。

1. 实体名称：_____

   地址：_____

   电话号码 #：_____ 传真号码 #：_____

   电子邮件：_____ 网站：_____

2. 实体名称：_____

地址：_____

电话号码#：_____ 传真号码#：_____

电子邮件：_____ 网站：_____

3. 实体名称：_____

地址：_____

电话号码#：_____ 传真号码#：_____

电子邮件：_____ 网站：_____

III. 披露范围

我授权第 II 部分中指明的实体共享下述受保护健康信息。

选择以下选项之一。

☐ 我的全部健康记录

☐ 其他：_____

指定您授权使用和披露的信息。

IV. 其他重要信息

签署本同意书即表示我理解：

- **同意到期——**本同意书将在签署之日起一年后到期，除非在下方行中指定了不同的到期日期，或除非被撤销。

  我授权本同意书于 _____ / _____ / _____ 到期。
  月 日 年

- 我的酒精和/或药物治疗记录受有关保密和药物滥用患者记录的联邦法规 42 C.F.R. 第2部分，以及《1996 年健康保险携带与责任法案》（“HIPAA”）45 C.F.R. 第 160 和 164 部分保护；除非法规另有允许，未经我的书面同意不得披露。
- 我有权获得本同意书的副本。本同意书的副本与原件具有同等效力。
- **再披露信息——**向覆盖实体或商业伙伴披露的与酒精或药物治疗相关的信息，可按照 HIPAA 法规中的许可进行再披露。
- **再披露限制——**未经额外专门为此目的且符合42 C.F.R. 第2部分的同意书，不得在针对客户的民事、刑事、行政和立法程序中再披露已披露的信息。出于法律目的的披露需要单独的同意书。
- 我理解，根据本同意书使用或披露的信息可能会被接收方再披露，且不再受42 C.F.R. 第2部分保护。
- 我有权随时以书面或当面方式向我的物质使用治疗提供者撤销本同意书，除非我的提供者或其他合法持有人已依赖本同意书采取行动。我可以使用本同意书上的撤销同意部分以书面形式终止本同意书。一旦收到我的撤销同意，我的提供者或 我的提供者或 SAPC
  SAPC 将撤销本同意书，以停止未来信息披露。我理解，在撤销本同意书之前所做的披露无法收回，被披露方无需返还或处置这些披露信息。

V. 客户或法定代表签名

在下方签名即表示我确认已阅读本同意书，并理解我的签名授权按本表所述披露我的健康信息。我理解签署本表是自愿的，我有权拒绝签署。

客户或客户法定代表姓名及签名：

如果客户无法书写，可以在签名行上画押。画押签名需要两名见证人。一名见证人必须在指定为客户姓名的行上写上客户姓名，并在其中一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在下方指定见证人处签名。第二名见证人必须在另一个“正楷书写见证人姓名”行上写下自己的姓名，并在另一个见证人空白处签名，以确认客户的画押签名。

_____ _____ _____ / _____ / _____

正楷书写姓名（名、中间名和姓） 签名 月 日 年

如由客户法定代表签署，请说明关系及签署权限：

_____

见证人姓名和签名：

如果客户无法书写并在上方提供了标记作为签名，则需要两名见证人填写见证人部分，在下方写下姓名并签名。

1. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

2. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____
签名

VI. 随披露附上的通知

本记录已披露给您，受联邦保密规则（42 CFR 第2部分）保护。这些规则禁止您在任何联邦、州或地方当局针对患者的民事、刑事、行政或立法程序中使用或披露本记录，或描述本记录中所含信息的证词，除非经患者同意授权，除 42 CFR 2.12(c)(5) 规定或根据 42 CFR 2.64 或 2.65 经法院授权外。此外，联邦规则禁止您对本记录作任何其他使用或披露，除非至少符合以下一项：

(i) 进一步使用或披露经本记录中所披露信息的个人的书面同意明确许可，或 42 CFR 第2部分另有许可。

(ii) 您是受涵盖实体或业务伙伴，并因治疗、付款或医疗运营收到本记录，或

(iii) 您从覆盖实体或商业伙伴处收到本记录，且符合 45 CFR 第 164 部分，第 A 和 E 子部分的许可。

一般性的医疗或其他信息发布授权不足以满足进一步使用或再披露本记录的书面同意所需元素（见 42 CFR 2.31）。

VII. 撤销同意

我有权随时通过填写本部分并通过邮寄或当面方式向我的治疗提供者提供我的撤销同意来撤销本同意书，除非我的提供者或其他合法持有人已依赖本同意书采取行动。

物质使用治疗提供者机构地址：

机构名称：_____

街道地址（第 1 行）：_____

街道地址（第 2 行：公寓/套房/单元）：_____

城市、州和邮政编码：_____

一旦收到我的撤销同意，我的提供者将撤销本同意书，以停止未来信息披露。在收到撤销之前所做的披露无法收回。

在下方签名即表示我撤销对未来信息发布的同意。我理解，在收到本撤销之前所做的任何披露无法撤销或收回。

客户或客户法定代表姓名及签名：

如果客户无法书写，可以在签名行上画押。画押签名需要两名见证人。一名见证人必须在指定为客户姓名的行上写上客户姓名，并在其中一条“正楷书写见证人姓名”行上写上自己的姓名，并在下方指定见证人处签名。第二名见证人必须在另一个“正楷书写见证人姓名”行上写下自己的姓名，并在另一个见证人空白处签名，以确认客户的画押签名。

_____ _____ _____ / _____ / _____

正楷书写姓名（名、中间名和姓） 签名 月 日 年

如由客户法定代表签署，请说明关系及签署权限：

_____

见证人姓名和签名：

如果客户无法书写并在上方提供了标记作为签名，则需要两名见证人填写见证人部分，在下方写下姓名并签名。

1. _____ 2._____

正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓） 正楷书写见证人姓名（名、中间名和姓）

_____ _____

签名 签名

直接向SAPC提交信息发布同意书的客户，可通过安全电子邮件或邮寄至下列地址交回已填写的撤销同意表。必须附上其政府签发的官方身份证明副本，以验证请求的合法性。

SAPC邮寄地址
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

电子邮件地址：
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

请注意：对于未直接与SAPC完成信息发布同意书而向SAPC提交的撤销请求，或未附有效政府签发身份证件副本的请求，将不予处理。

如何填写SAPC治疗与护理协调同意书

同意与披露目的（表格顶部）

本部分决定**您的SUD信息可以与谁共享**。确保您在此处的选择**与第II部分一致**。

第1步——阅读目的声明。

1. 这解释了本表格授权披露受42 CFR 第2部分保护的SUD信息，**“目的是客户的治疗和护理协调”**。

第 2 步——选择一个或多个选项

1. 选择一个或两个复选框：
   a. **在SAPC提供者网络内**——如果您希望您的信息仅在SAPC签约的SUD提供者之间共享，请选择此项。
   b. **在SAPC提供者网络外**——
   如果您希望您的信息与外部实体（例如，初级保健、心理健康、缓刑部门、特定医院、您本人等）共享，请选择此项。

第 I 部分——客户信息

填写您的个人信息，以便SAPC和您的提供者能够正确识别您的记录。

1. **姓名：**填写您的完整法定姓名（姓、名、中间名）。
2. **出生日期：**请使用月/日/年格式。
3. **Medi-Cal #**：如果您有 Medi-Cal 编号，请输入。
4. **电子邮件地址：**填写您经常查看的电子邮箱。
5. **电话号码：**能联系到您的最佳电话号码。
6. **社会安全号码后 4 位：**仅输入您社会安全号码的后四位。如果您没有社会安全号码或不知道您的社会安全号码，请留空。
7. **地址：**您当前的邮寄地址。
8. **Sage ID #**：提供您的Sage EHR病历编号（如已知）。如果不知道，请留空或询问您的提供者。

第 II 部分——获授权共享健康信息的实体

本部分根据您的选择确定**谁可以交换您的SUD信息**。

第1步——选择一个或多个选项

选择符合您需求的选项：

1. **SAPC的整个提供者网络**
   a. 如果您希望您的提供者能够与整个SAPC
   SUD提供者网络交换数据，以便跨机构全面协调您的护理，请选择此项。
   b. 如果这是唯一勾选的选项，您可以跳至第III部分。
2. **选择SAPC提供者机构**
   a. 如果您希望仅授权您的SUD提供者与特定的其他SAPC提供者交换信息，请选择此项。
   b. 您需要为您希望请求或共享健康信息的每个SAPC提供者提供具体的所需信息。

3. **SAPC提供者网络外**
    a. 如果您希望您的信息与外部实体（例如，心理健康部、卫生服务部、您的初级保健医生、医院、学校等）共享，请选择此项。
    b. 您需要为您希望请求或共享健康信息的每个实体提供具体的所需信息。

第 2 步——填写实体详细信息（如适用）

对于您授权的每个SAPC提供者或外部实体，请填写：

- **实体名称**（全名，避免缩写）
- **地址**（完整邮寄地址）
- **电话号码**（含区号）
- **传真号码**（如已知）
- **电子邮件**（如已知）
- **网站**（可选）

第3步——如有需要，添加额外页面

如果您有超过三个实体，请填写“ROI 补充授权个人/实体”文件列出额外实体，并将该文件附在本同意书末尾。

第 III 部分——披露范围

本部分定义**哪些信息**可以被使用或披露。

第 1 步——选择一个选项

- ☐ **我的全部健康记录**——如果您希望您的完整SUD记录可用于护理协调，请选择此项。
- ☐ **其他**：如果您希望限制共享的内容，请选择此项。

第2步——如果选择“其他”，请具体说明可以披露的内容

尽可能具体，以便提供者知道什么是允许的。

示例：

- “仅治疗日期”
- “仅评估和诊断”
- “药物清单”
- “项目参与证明”
- “仅进展报告”

第 IV 部分——其他重要信息

请仔细阅读每个小部分。

- **到期**：本同意书将在签署之日起一年后到期，除非指定了不同的到期日期，或除非被撤销。如果您希望同意书在签署之日起一年之前或之后到期，请在指定空白处填写日期。如果您未指定到期日期，提供者将填写自同意书签署之日起一年的日期。
- **保护**：您的记录受联邦法律**42 CFR 第2部分**和**HIPAA**保护。
- **不签署的权利**：您可以拒绝签署，但这样**您的记录将不会被披露**。
- **获得副本的权利**：您可以索取已签署同意书的副本。
- **再披露**：根据HIPAA，您的部分信息可能会在有限情况下被接收机构再披露。
- **法律保护**：未经单独同意，您的信息不得在法律程序中使用。
- **撤销权**：您可以随时撤销本同意书。已共享的信息无法收回。

第 V 部分——客户或法定代表签名

您在此正式授权披露。

1. **正楷书写姓名：**您的完整法定姓名。
2. **签名：**签署您的姓名。
    a. 如果您无法书写，可以用标记签名。
    b. 如果以标记签名，**两名见证人**必须填写见证人部分。
3. **日期：**填写签署日期。

4. **如果由法定代表签署：**
    a. 说明关系（例如，父母、监护人等）。
    b. 说明授权依据（例如，法院命令、监护关系等）。
5. **见证人部分**（*仅在客户以画押签名或客户为未成年人且需要其父母/监护人或法定代表同意时填写*）
   两名见证人必须：
    - 清晰地正楷书写其姓名
    - 签署其姓名

如果**法定代表**签署，他们必须说明其关系和法定授权依据。如果客户**以币哦埃及签名**，两名见证人必须正楷书写并签署其姓名。

当需要父母、监护人或法定代表的同意才能为未成年人提供SUD咨询或治疗时，同意书必须由未成年人**和**父母、监护人或法定代表签署。父母、监护人或法定代表将在第V部分“客户或法定代表签名”下的第一个签名行上正楷书写其全名、签名并注明日期，并在第一个签名行下方的行上说明其与客户的关系。未成年人将在第一个见证人签名字段上正楷书写其姓名并签名。

第 VI 部分——随披露附上的通知

这是将随您的信息附上的所需 42 CFR 第2部分 保密通知。本部分无需填写。随披露提供的通知是一份保密通知，将随经签署本表授权发布的记录一并提供。该保密通知告知接收方，所收到的记录受州和联邦保密法律保护，不得与未经本同意书授权的其他实体共享。

第 VII 部分——撤销同意

仅当您希望撤销同意（即未来撤销）时填写本部分。

第1步——提供者信息

填写治疗提供者的：

- **机构名称**
- **完整邮寄地址**

第2步——撤销签名

1. **正楷书写您的姓名**
2. **签署您的姓名（或画押）。**
3. **注明撤销日期（月/日/年）**
4. 如果**法定代表**签署，**说明关系和授权依据**
5. 如果直接向SAPC提交，请**附上您的政府签发身份证件副本**以验证您的身份

第3步——见证人（如果以画押签名或客户为未成年人且需要其父母/监护人或法定代表同意）

两名见证人，或未成年人，必须正楷书写姓名并签名。

第4步——提交撤销

如果您最初直接向SAPC提交了同意书，您可以通过以下方式发送撤销：

- **通过安全电子邮件**发送至 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov（必须附政府签发身份证件副本）
- **通过邮寄**发送至表格上列出的SAPC地址

请按照表格上的说明，将撤销发送给您的提供者、机构或 SAPC。

附加定义

授权/同意

一份满足所有42 CFR 第2部分要求的书面签署文件，包括：

- 披露目的
- 谁可以披露
- 谁可以接收
- 哪些信息可以共享
- 到期
- 签名和日期

每份SAPC资料披露（ROI）表格均旨在为其特定目的满足这些要求

护理协调

提供者之间的沟通与协作，以支持客户的治疗、转介、个案管理和护理连续性。

客户

接受物质使用障碍（SUD）服务的个人。客户是签署ROI后其受保护健康信息（PHI）可能被共享的人。

实体

任何获授权接收或披露SUD信息的组织、机构、提供者、法院、律师或个人。示例：SAPC提供者、DHCS、管理式医疗计划、法院、缓刑部门、初级保健提供者。

法律程序

任何可能要求或使用SUD信息来针对客户的刑事、民事、行政或立法程序。示例：法院听证会、缓刑部门、儿童福利案件、社会保障福利裁定听证会。

法定代表

获法律授权代表客户作出决定的人。示例：

- 法院任命的保护人
- 法定监护人
- 未成年人的父母——他们只有在拥有书面法律授权时才能签署ROI。

最小必要标准

根据HIPAA定义，仅可共享实现同意目的所需的最少信息。

付款和医疗保健运营

开具账单、付款或管理SUD服务所需的行政活动，包括：

- Medi-Cal计费
- 资格核查
- 使用情况审查
- 质量改进
- 审计与合规审查

再披露

初次披露后对SUD信息的任何共享。根据42 CFR 第2部分，再披露是**允许的**，但法律程序除外。

撤销同意

客户有权随时撤回其同意。撤回同意不能撤销在同意有效期间已经做出的过去披露。撤销必须以书面形式作出，或使用ROI表的撤销部分完成。

第三方付款人

除客户本人外，任何负责支付或报销SUD服务的实体。示例：Medi-Cal、DHCS、管理式护理计划、私人保险。

治疗提供者/SAPC提供者网络

与洛杉矶县SAPC签约的任何SUD治疗项目，包括门诊、住院、阿片类药物治疗项目 (OTP)、戒断管理和康复支持项目。

见证人

观察客户**以画押**签署ROI当客户无法书写签名时）的人。必须有两（2）名见证人正楷书写姓名并签名，画押签名方视为有效。