SAPC 治療與照護協調同意書填寫說明

本同意書目的在於取得您的書面許可，讓您的健康資訊，包括受**42《美國聯邦法規彙編》(CFR)第2部分**保護的資訊（物質使用障礙資訊）可在您SAPC（物質使用防治與管制）提供者網路內的目前、過去及未來的治療提供者之間，與您或您的授權代表之要求本同意書所指明之其他外部實體或個人之間，進行揭露與交換，以供個案治療與照護協調之用。同意與揭露SUD資訊，目的必須符合**42 CFR第2部分**要求及所有適用之聯邦與州法。您的授權係出於自願，您可以拒絕簽署。請花一點時間閱讀以下說明。

請仔細閱讀每一節

本表格包含若干節，說明：

- 可能分享**哪些資訊**
- **誰**可能傳送與接收資訊
- **為何**分享資訊
- 授權**持續多久**
- **您的權利：**撤銷或限制釋出資訊的授權

簽署前請徹底**閱讀並檢視每一節**。

指定可能釋出哪些資訊

您可以選擇限制釋出資訊的類型或數量。您可以授權釋出：

- 您的完整健康紀錄，**或**
- 指定您授權使用與揭露的資訊

誰可以分享與接收您的資訊

您必須指定您授權分享資訊的對象。這可以包括：

- SAPC的服務提供者網路或機構，**或**
- SAPC服務提供者網路或機構中的特定治療提供者，**或**
- SAPC服務提供者網路或機構以外之一個或多個實體／個人或中介機構

請參閱第 II 節“獲授權分享健康資訊的實體”。

檢視您在HIPAA與42 CFR第2部分下的權利

本表格載明您在聯邦與州法下的權利。您有權：

- **拒絕簽署**本授權
- 隨時以書面或親自**撤銷**您的授權
- **取得**已完成表格的**副本**
- **限制**分享哪些資訊
- **預期可獲得保密保護**，包括再揭露限制

請參閱第IV節“其他重要資訊”及第VI節“隨揭露附送之通知”，以了解更多與您在HIPAA與42 CFR第2部分下權利相關的資訊。

授權有效期限

除非您在指定欄位填入不同的到期日，或除非您撤銷本同意書，否則本同意書將自簽署日起一年後到期。
您可以指明一個早於或晚於簽署日起一年的日期。若您未指定到期日，提供者將填入自同意書簽署日起一年之日期。

請參閱第IV節“其他重要資訊”及第VII節“撤銷同意”，以了解更多關於您授權權利的資訊。

撤銷您的授權

您可以隨時以書面形式或親自通知您的治療提供者或計畫，以撤銷您的授權。若在到期日前撤銷同意，本表格將視為已撤銷。撤銷**不會**使在收到撤銷前已分享的資訊失效。

當未成年人接受SUD諮商或治療需要父母、監護人或法定代理人同意時，撤銷欄位必須由未成年人**及**父母、監護人或法定代理人簽署。父母、監護人或法定代理人將在第V節“個案或法定代理人簽名”下第一條簽名線以正楷書寫全名、簽名並填寫日期，並在第一條簽名線下方填寫其與個案的關係。未成年人將在第一個見證人簽名欄以正楷書寫姓名並簽名。

請參閱第IV節“其他重要資訊”及第VII節“撤銷同意”，以了解更多如何撤銷授權的資訊。

電子交換與安全

所有揭露——包括以電子方式進行者——必須符合：

- **HIPAA**要求
- **42 CFR第2部分**
- 其他適用之聯邦與州**保密法**

簽署並填寫日期

您的簽名確認：

- 您**瞭解**表格上的資訊
- 您**授權釋出**所述**資訊**
- 您**瞭解您**在HIPAA與42 CFR第2部分下**的權利**

若您以**法定代理人**身分簽署，您必須表明您的權限。法定權限的例子包括父母、法定監護人、保護人、遺產執行人、委任代理人及／或近親。您將需要提供額外文件以佐證您的權限或關係。

若您以見證人身分見證以記號簽名，請在適當欄位填寫您的資訊。

當未成年人接受SUD諮商或治療需要父母、監護人或法定代理人同意時，同意書必須由未成年人**及**父母、監護人或法定代理人簽署。父母、監護人或法定代理人將在第V節“個案或法定代理人簽名”下第一條簽名線以正楷書寫全名、簽名並填寫日期，並在第一條簽名線下方填寫其與個案的關係。未成年人將在第一個見證人簽名欄以正楷書寫姓名並簽名。

交回已完成表格

將簽署完成的表格交回負責處理您請求的提供者、計畫或機構。您可索取副本供自己留存。

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

物質使用防治與管制

為治療與照護協調釋出物質使用疾患健康資訊的同意書

同意與揭露之目的：本同意書授權釋出受42 CFR第2部分保護的物質使用疾患（SUD）健康資訊，範圍包括個案於 SAPC 服務提供者網路內目前、過去及未來的治療提供者之間，以及依個案或其授權代表之要求，給本同意書所指明之其他外部實體或個人，以供個案治療與照護協調之用。請勾選以下一個或兩個選項，以表明您是否授權在您目前、過去及未來於 SAPC 服務提供者網路內的治療提供者之間分享資訊，或是在 SAPC 服務提供者網路與 SAPC 服務提供者網路以外之一個或多個外部實體／個人或中介機構之間分享資訊：

☐ 在SAPC服務提供者網路內　　☐ 在SAPC服務提供者網路外

本節所做選擇必須與第II節所做選擇一致。獲授權分享健康資訊的實體。

I. 個案資訊		
姓名（姓、名、中間名）：	出生日期：	Medi-Cal #：
電子郵件地址： 提供您的電子郵件地址，即表示您授權SAPC及SAPC服務提供者網路以電子郵件與您聯繫。	電話號碼：	社會安全碼後四碼：
地址：		Sage ID #：

II. 獲授權分享健康資訊的實體

本人授權我目前、過去及未來的治療提供者，依本請求，為我的治療與照護協調目的，與下列指明之實體交換受42 CFR第2部分保護的SUD健康資訊。

請勾選以下一個或多個選項。“在SAPC服務提供者網路內”選項僅能勾選一個。以下勾選的選項必須與本文件上方勾選的選項一致。

☐ **SAPC的整個服務提供者網路：**與SAPC服務提供者網路內的所有治療提供者。若這是唯一的選擇，請跳至第III節。揭露範圍。

☐ 選擇**SAPC提供者機構：**與下列指明之SAPC服務提供者網路內的特定治療提供者。

☐ **SAPC服務提供者網路外：**與下列指明之SAPC服務提供者網路外的實體／個人或中介機構。

請使用以下空白處，填寫您授權可接收您受保護SUD資訊之SAPC服務提供者網路內特定提供者及／或外部實體的聯絡資訊。若需要更多空間，請使用“資訊揭露補充授權個人／實體”文件列出額外實體，並將該文件附於本同意書末尾。

1. 實體名稱：_____

   地址：_____

   電話號碼 #：_____ 傳真號碼 #：_____

   電子郵件：_____ 網站：_____

2. 實體名稱：_____

地址：_____

電話號碼 #：_____ 傳真號碼 #：_____

電子郵件：_____ 網站：_____

3. 實體名稱：_____

地址：_____

電話號碼 #：_____ 傳真號碼 #：_____

電子郵件：_____ 網站：_____

III. 揭露範圍

本人授權第II節所指明之實體分享下列指定之受保護健康資訊。

請勾選以下其中一個選項。

☐ 我的完整健康紀錄

☐ 其他：_____

指定您授權使用與揭露的資訊。

IV. 其他重要資訊

簽署本同意書，即表示我瞭解：

- **同意有效期限——**除非在下方線條指定不同到期日，或除非撤銷，本同意書將自簽署日起一年後到期。

  本人授權本同意書到期日為 ____ / ____ / ____ 。
  月 日 年

- 我的酒精及／或藥物治療紀錄受聯邦保密與藥物濫用病患紀錄法規（42 C.F.R. 第2部分）及《1996年健康保險可攜性與責任法案》（HIPAA），45 C.F.R.第160及164部分保護，除非法規另有允許，否則未經我的書面同意不得揭露。
- 我有權取得本同意書副本。本同意書副本與正本具有相同效力。
- **再揭露資訊——**與酒精或藥物治療相關且已揭露給受規範實體或業務夥伴的資訊，得依HIPAA法規所含之許可再揭露。
- **再揭露限制——**未經另一份僅為此目的且符合42 C.F.R.第2部分之同意書，不得將已揭露資訊再揭露於對個案提起之民事、刑事、行政及立法程序。為法律目的所為之揭露需要另立同意書。
- 我瞭解依本同意書使用或揭露的資訊，可能由接收者再揭露，且不再受42 C.F.R.第2部分保護。
- 我有權隨時以書面或親自向我的物質使用治療提供者撤銷本同意，但以我的提供者或其他合法持有人已依賴本同意而採取行動者為限。我可以使用本同意書上的撤銷同意欄位，以書面終止本同意書。一旦收到我的撤銷同意，我的提供者或SAPC將撤銷本同意書，停止未來資訊釋出。我瞭解在撤銷本同意書前已為之揭露無法取回，且受揭露之實體無須返還或銷毀該等揭露內容。

V. 個案或法定代理人簽名

簽名於下，即表示我確認已閱讀本同意書，並瞭解我的簽名授權依本表格所述揭露我的健康資訊。我瞭解簽署本表格係出於自願，且我有權拒絕簽署。

個案或個案法定代理人之姓名與簽名：

若個案無法書寫，可在簽名線以記號簽名。以記號簽名需要兩位見證人。一位見證人必須在指定給個案姓名的線條寫下個案姓名，並在“請以正楷填寫見證人姓名”其中一行以正楷書寫自己的姓名，並在下方指定見證人欄位簽名。第二位見證人必須在另一行“請以正楷填寫見證人姓名”以正楷書寫姓名，並在另一見證人欄位簽名，以確認個案以記號簽名。

_____ _____ _____ / _____ / _____
請以正楷填寫姓名（名、中間名、姓） 簽名 月 日 年

若由個案法定代理人簽署，請說明關係與權限：

_____

見證人姓名與簽名：

若個案無法書寫並在上方以記號作為簽名，則需要兩位見證人填寫見證人欄位，在下方寫下姓名並簽名。

1. _____
請以正楷填寫見證人姓名（名、中間名、姓）

_____
簽名

2. _____
請以正楷填寫見證人姓名（名、中間名、姓）

_____
簽名

VI. 隨揭露附送之通知

本紀錄已揭露給您，並受聯邦保密規則（42 CFR 第 2 部分）保護。這些規則禁止您在任何聯邦、州或地方機關對病人提起的民事、刑事、行政或立法程序中，使用或揭露本紀錄，或描述本紀錄所含資訊之證詞，除非經病人同意授權，或依 42 CFR 2.12（c）（5） 規定，或經法院依 42 CFR 2.64 或 2.65 授權。此外，聯邦規則禁止您對本紀錄作任何其他使用或揭露，除非至少符合下列之一：

(i) 進一步使用或揭露經本紀錄所揭露資訊之個人的書面同意明確允許，或依 42 CFR第2部分 另有允許。

(ii) 您是受規範實體或業務夥伴，且為治療、付款或醫療保健作業而收到本紀錄，或

(iii) 您自受規範實體或業務夥伴收到本紀錄，且符合 45 CFR 第164部分，A 部分 及 E子部分 之許可。

一般醫療或其他資訊釋出授權不足以符合進一步使用或再揭露本紀錄所需之書面同意要件（見 42 CFR 2.31）。

VII. 撤銷同意

我有權隨時填寫本節，並以郵寄或親自方式將我的撤銷同意送交我的治療提供者，但以我的提供者或其他合法持有人已依賴本同意而採取行動者為限。

物質使用治療提供者機構地址：

機構名稱：_____

街道地址（第 1 行）：_____

街道地址（第 2 行：公寓／套房／單位）：_____

城市、州及郵遞區號：_____

一旦收到我的撤銷同意，我的提供者將撤銷本同意書，停止未來資訊釋出。在收到撤銷前已為之揭露無法取回。

簽名於下，即表示我撤銷對未來資訊釋出之同意。我瞭解在收到本撤銷前已為之任何揭露無法撤銷或取回。

個案或個案法定代理人之姓名與簽名：

若個案無法書寫，可在簽名線以記號簽名。以記號簽名需要兩位見證人。一位見證人必須在指定給個案姓名的線條寫下個案姓名，並在“請以正楷填寫見證人姓名”其中一行以正楷書寫自己的姓名，並在下方指定見證人欄位簽名。第二位見證人必須在另一行“請以正楷填寫見證人姓名”簽名，並在另一見證人欄位簽名，以確認個案以記號簽名。

_____ _____ _____ / _____ / _____

請以正楷填寫姓名（名、中間名、姓） 簽名 月 日 年

若由個案法定代理人簽署，請說明關係與權限：

_____

見證人姓名與簽名：

若個案無法書寫並在上方以記號作為簽名，則需要兩位見證人填寫見證人欄位，在下方寫下姓名並簽名。

1. _____
請以正楷填寫見證人姓名（名、中間名、姓）

_____
簽名

2. _____
請以正楷填寫見證人姓名（名、中間名、姓）

_____
簽名

直接向SAPC提交資訊揭露同意書的個案，可透過安全電子郵件或郵寄至下列地址交回已完成之撤銷同意書。必須附上其官方政府核發身分證明副本，以驗證請求之合法性。

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

電子郵件地址：
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

請注意：由未直接向SAPC完成資訊揭露同意書之個案向SAPC提交之撤銷請求，或未附有效政府核發身分證明副本之請求，將不予處理。

如何填寫SAPC治療與照護協調同意書

同意與揭露之目的（表格上方）

本節決定**您的SUD資訊可能與誰分享**。請確保您在此處的選擇與**第II節一致**。

步驟 1——閱讀目的聲明。

1. 此說明本表格授權釋出受42 CFR第2部分保護的SUD資訊，目的為**“個案之治療與照護協調”** 。

步驟2——選擇一個或多個選項

1. 選擇一個或兩個核取方塊：
    a. **在SAPC服務提供者網路內** 若希望您的資訊僅在 SAPC 簽約之 SUD 提供者之間分享，請選此項。
    b. **在SAPC服務提供者網路外** 若希望您的資訊與外部實體分享（例如：基層照護、心理健康、緩刑、特定醫院、您本人等），請選此項。

第I節——個案資訊

填寫您的個人資訊，以便SAPC及您的提供者正確辨識您的紀錄。

1. **姓名：**寫下您的完整法定姓名（姓、名、中間名）。
2. **出生日期：**使用 MM/DD/YYYY 格式。
3. **Medi-Cal #**：若有，請填入您的Medi-Cal號碼。
4. **電子郵件地址：**填入您定期查看的電子郵件。
5. **電話號碼：**能聯絡到您的最佳電話號碼。
6. **社會安全碼後四碼：**僅填入您社會安全碼的後四碼。若您沒有社會安全碼或不知道您的社會安全碼，請留空。
7. **地址：**您目前的郵寄地址。
8. **Sage ID #**：若知道，請提供您的Sage EHR病歷號碼。若不知道，請留空或詢問您的提供者。

第II節——獲授權分享健康資訊的實體

本節根據您的選擇，指出**誰可以交換您的SUD資訊**。

步驟1——選擇一個或多個選項

選擇符合您需求的選項：

1. **SAPC的整個服務提供者網路**
    a. 若您希望您的提供者能與整個SAPC SUD提供者網路交換資料，以完整協調跨機構照護，請選此項。
    b. 若這是唯一勾選的方塊，您可跳至第III節。
2. **選擇SAPC提供者機構**
    a. 若您希望僅授權您的SUD提供者與特定其他SAPC提供者交換資訊，請選此項。
    b. 您將需要為每個希望向其請求或分享健康資訊的SAPC提供者，提供特定所需資訊。
3. **SAPC服務提供者網路外**
    a. 若您希望您的資訊與外部實體分享（例如：心理健康部、健康服務部、您的基層照護醫師、醫院、學校等），請選此項。
    b. 您將需要為每個希望向其請求或分享健康資訊的實體，提供特定所需資訊。

步驟2——填寫實體詳細資料（如適用）

對於您授權的每個SAPC提供者或外部實體，請填寫：

- **實體名稱**（全名，避免縮寫）
- **地址**（完整郵寄地址）
- **電話號碼**（含區碼）
- **傳真號碼**（若知道）
- **電子郵件**（若知道）
- **網站**（選填）

步驟3——如需要，增加額外頁面

若您有超過三個實體，請填寫「資訊揭露補充授權個人／實體」文件以列出額外實體，並將該文件附於本同意書末尾。

第III節——揭露範圍

本節定義**哪些資訊**可能被使用或揭露。

步驟1——選擇一個選項

- ☐ **我的完整健康紀錄** 若您希望您的完整SUD紀錄可供照護協調使用，請選此項。
- ☐ **其他：**若您希望限制分享內容，請選此項。

步驟 2——若選擇“其他”，請明確指定可能揭露的內容

請盡可能具體，以便提供者知道允許的範圍。

範例：

- “僅治療日期”
- “僅評估與診斷”
- “藥物清單”
- “計畫參與證明”
- “僅進度報告”

第IV節——其他重要資訊

請仔細閱讀每一小節。

- **有效期限：**除非指定不同到期日或撤銷，本同意書將自簽署日起一年後到期。若您希望同意書在簽署日起一年之前或之後到期，請在指定欄位填入日期。若您未指定到期日，提供者將填入自同意書簽署日起一年之日期。
- **保護：**您的紀錄受聯邦法律**42 CFR第2部分**及**HIPAA**保護。
- **不簽署的權利：**您可以拒絕簽署，但如此一來**您的紀錄將不會被釋出**。
- **取得副本的權利：**您可索取已簽署同意書副本。
- **再揭露：**依HIPAA，您的部分資訊可能在有限情況下由接收機構再揭露。
- **法律保護：**未經另立同意書，您的資訊不得用於法律程序。
- **撤銷權：**您可以隨時撤銷本同意。已分享的資訊無法取回。

第V節——個案或法定代理人簽名

您在此正式授權釋出。

1. **請正楷填寫姓名：**您的完整法定姓名。
2. **簽名：**簽下您的姓名。
    a. 若您無法書寫，可以記號簽名。
    b. 若以記號簽名，**兩位見證人**必須完成見證人欄位。
3. **日期：**填入簽署日期。

4. **若由法定代理人簽署：**
    a. 說明關係（例如：父母、監護人等）。
    b. 說明權限（例如：法院命令、監護關係等）。
5. **見證人欄位*（僅當個案以記號簽名，或個案為未成年人且需要父母／監護人或法定代理人同意時）***
   兩位見證人必須：
    - 以正楷清楚書寫姓名
    - 簽名

若由**法定代理人**簽署，必須說明其關係與法律權限。若個案**以記號簽名**，兩位見證人必須以正楷書寫姓名並簽名。

當未成年人接受SUD諮商或治療需要父母、監護人或法定代理人同意時，同意書必須由未成年人**及**父母、監護人或法定代理人簽署。父母、監護人或法定代理人將在第V節“個案或法定代理人簽名”下第一條簽名線以正楷書寫全名、簽名並填寫日期，並在第一條簽名線下方填寫其與個案的關係。未成年人將在第一個見證人簽名欄以正楷書寫姓名並簽名。

第VI節——隨揭露附送之通知

這是將隨您的資訊附送之必要42 CFR第2部分保密通知。本節無需書寫。隨揭露附送之通知是一項保密通知，將隨依本表格簽署授權所釋出之紀錄附送。保密通知告知接收者，所收到之紀錄受州與聯邦保密法保護，且不得與本同意書未授權之其他實體分享。

第VII節——撤銷同意

僅在您想要撤銷同意（即未來撤銷）時填寫本節。

步驟1——提供者資訊

填寫治療提供者的：

- **機構名稱**
- **完整郵寄地址**

步驟2——撤銷簽名

1. **以正楷書寫您的姓名**
2. **簽名（或以記號簽名）。**
3. **填寫撤銷日期（月/日/年）**
4. 若由**法定代理人**簽署，**說明關係與權限**
5. 若直接向SAPC提交，請**附上政府核發身分證明副本**以驗證您的身分

步驟3——見證人（若以記號簽名，或個案為未成年人且需要父母／監護人或法定代理人同意）

兩位見證人或未成年人必須以正楷書寫姓名並簽名。

步驟4——提交撤銷

若您原先直接向SAPC提交同意書，您可以下列方式寄送撤銷：

- **透過安全電子郵件**寄至 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov（必須附上政府核發身分證明副本）
- **透過郵寄**至表格所列SAPC地址

請依表格上的說明，將撤銷寄給您的提供者、機構或SAPC。

附加定義

授權／同意

符合所有42 CFR第2部分要求之書面簽署文件，包括：

- 揭露目的
- 誰可揭露
- 誰可接收
- 可能分享哪些資訊
- 有效期限
- 簽名與日期

每份SAPC資訊揭露（ROI）表格均設計為符合其特定目的之要求

照護協調

提供者之間為支持個案治療、轉介、個案管理及照護連續性所為之溝通與合作。

個案

接受物質使用疾患（SUD）服務的個人。個案是簽署ROI後其受保護健康資訊（PHI）可能被分享的人。

實體

任何獲授權接收或揭露SUD資訊之組織、機構、提供者、法院、律師或個人。範例：SAPC提供者、DHCS、Managed Care計畫、法院、緩刑、基層照護提供者。

法律程序

任何可能要求或使用SUD資訊以對抗個案之刑事、民事、行政或立法程序。範例：法院聽證、緩刑、兒童福利案件、社會安全給付決定聽證。

法定代理人

獲法律授權代表個案作出決定的人。範例：

- 法院指定之保護人
- 法定監護人
- 未成年人的父母。僅在具有書面法律權限時，他們才可簽署ROI。

最小必要標準

依HIPAA定義，僅得分享為達成同意目的所需之最少資訊。

付款與醫療保健作業

為計費、付款或管理SUD服務所需之行政活動，包括：

- Medi-Cal計費
- 資格查核
- 使用情形審查
- 品質改善
- 稽核與合規審查

再揭露

初次揭露後對SUD資訊之任何分享。依42 CFR第2部分，允許再揭露，但法律程序除外。

撤銷同意

個案有權隨時撤回其同意。撤回同意無法撤銷同意有效期間已為之過去揭露。撤銷必須以書面為之，或使用ROI表格之撤銷欄位完成。

第三方付款人

除個案本人外，任何負責支付或補償SUD服務之實體。範例：Medi-Cal、DHCS、管Managed Care 計畫、私人保險。

治療提供者／SAPC服務提供者網路

任何與洛杉磯縣SAPC簽約之SUD治療計畫，包括門診、住宿型、鴉片類藥物治療計畫（OTP）、戒斷管理及復原支持計畫。

見證人

觀察個案**以記號**簽署ROI的人（當個案無法書寫簽名時）。須有兩（2）位見證人以正楷書寫姓名並簽名，該記號方視為有效。