

本授權書將授權披露包括愛滋病毒 (HIV) 相關信息在內的醫療信息。您可以選擇只披露您的與愛滋無關的醫療信息、只披露您的與愛滋相關的醫療信息，或二者均可披露。您的醫療信息可獲聯邦隱私法及州法保護而不予披露。愛滋病毒相關的保密信息係指能顯示一個人曾做過愛滋病毒相關的檢查，或受到愛滋病毒感染、罹患愛滋病毒相關的疾病或愛滋病，或可能曾暴露於愛滋病毒下的任何信息。

根據紐約州法律，只有當您在本授權書上簽名同意之後，被授權人才能取得您的愛滋病毒相關信息。該項信息還可向以下人士披露：為您或您暴露於愛滋病毒下的孩子提供護理的醫療提供者；依法獲得授權的醫療官員；需核定保險給付的保險業者；參與寄養或領養的人士；懲教官員、觀護人及假釋官；意外接觸您的血液之急診或醫療人員；或者得到法院命令特別授權的人士。根據紐約州法律，非法披露愛滋病毒相關信息者，可處以最高五千萬美元的罰金及最長一年的有期徒刑。不過，對於一般和/或愛滋病毒相關醫療信息的某些再披露情況並不受聯邦法律保護。欲知有關愛滋保密的更多信息，請致電紐約州衛生署愛滋保密熱線 (HIV Confidentiality Hotline)：1-800-962-5065；欲知更多有關聯邦規定隱私保護的信息，請致電民權辦公室 (Office for Civil Rights)：1-800-368-1019。您也可以致電紐約州人權部 (NYS Division of Human Rights)：1-888-392-3644。

一旦勾選下列方塊並在本授權書上簽名，即表示在本授權書所列舉之理由下，您的醫療信息和/或愛滋病毒相關信息可向第 2 頁 (或依需要增加之其他頁面) 所列出的人士披露。當您提出要求時，披露您醫療信息的設施或人士，必須提供您一份本授權書的副本。

我同意披露 (請勾選所有適用選項)：

- 我的與愛滋病毒相關的醫療信息
 我的與愛滋病毒無關的醫療信息
 以上二者 (與愛滋病毒無關的醫療信息以及與愛滋病毒相關的醫療信息)

將披露愛滋相關醫療信息的設施/人士名稱及地址：

將被披露信息者的姓名：

不能行使撤銷披露權的情況 (如與上面不同)：

與將被披露信息者的關係：

請說明將被披露的信息：

披露信息的理由：

信息披露授權有效期間： 從：_____ 至：_____

行使同意撤銷權之例外情況 (若有)：

以下說明若您不同意披露信息，將可能對治療、付款、登記加入或取得福利的資格所造成的後果 (註：聯邦隱私規定可能對某些後果設有限制)：

只有當您願意授權本表第 1、2 (以及 3，如有使用) 頁所列之全部設施/人士為能給您提供醫療護理和各項服務而彼此共享信息時，才在下面簽名。

簽名 _____ 日期 _____

* 本「授權披露醫療信息及與愛滋病毒相關的保密信息」的授權書符合 HIPAA 規定。若您只同意披露與愛滋病毒無關的信息，可使用本授權書或其他符合 HIPAA 規定的通用性醫療信息披露授權書。

請逐一填寫您同意向其披露一般信息和/或與愛滋病毒相關信息的設施/人士之資料。
如篇幅不足，請自行增加頁數。建議您在簽名前應將空白欄位以斜線劃除。

您同意向其披露一般醫療信息和/或愛滋病毒相關醫療信息的設施/人士名稱和地址：

披露理由 (若與第 1 頁不同)：

如果只能向該設施/人士披露有限信息，請說明可以披露的信息：

您同意向其披露一般醫療信息和/或與愛滋病毒相關的醫療信息的設施/人士名稱和地址：

披露理由 (若與第 1 頁不同)：

如果只能向該設施/人士披露有限信息，請說明可以披露的信息：

法律保障您在住房、就業、醫療及其他服務方面，不因愛滋而遭受歧視。欲知更多詳情，請致電紐約市人權委員會 (New York City Commission on Human Rights)：(212) 306-7500，或紐約州人權部：1-888-392-3644。

我對本授權書的所有問題均已獲得解答。我知道我有權拒絕披露我的一般和/或愛滋病毒相關的醫療信息，並可隨時改變主意向任何取得本授權書的設施/人士發出書面聲明以撤銷授權。我授權第 1 頁所註明之設施/人士向列舉之機構/人士披露第 1 頁所指名人士的健康和/或愛滋病毒相關的信息。

簽名 _____ 日期 _____
(本人或法定代理人)

若為法定代理人，請說明您與病人的關係：

姓名 (正楷) _____

客戶/病人編號 _____

*本「授權披露醫療信息及與愛滋病毒相關的保密信息」的授權書符合 HIPAA 規定。若您只同意披露與愛滋病毒無關的信息，可使用本授權書或其他符合 HIPAA 規定的通用性醫療信息披露授權書。

請逐一填寫您同意向其披露一般信息和/或與愛滋病毒相關信息的設施/人士之資料。
如篇幅不足，請自行增加頁數。建議您在簽名前應將空白欄位以斜線劃除。

您同意向其披露一般醫療信息和/或愛滋病毒相關醫療信息的設施/人士名稱和地址：

披露理由 (若與第 1 頁不同)：

如果只能向該設施/人士披露有限信息，請說明可以披露的信息：

您同意向其披露一般醫療信息和/或與愛滋病毒相關的醫療信息的設施/人士名稱和地址：

披露理由 (若與第 1 頁不同)：

如果只能向該設施/人士披露有限信息，請說明可以披露的信息：

您同意向其披露一般醫療信息和/或愛滋病毒相關醫療信息的設施/人士名稱和地址：

披露理由 (若與第 1 頁不同)：

如果只能向該設施/人士披露有限信息，請說明可以披露的信息：

若本頁已填寫完畢，請在下面簽名：

簽名 _____ 日期 _____
(本人或法定代理人)

客戶/病人編號 _____

*本「授權披露醫療信息及與愛滋病毒相關的保密信息」的授權書符合 HIPAA 規定。若您只同意披露與愛滋病毒無關的信息，可使用本授權書或其他符合 HIPAA 規定的通用性醫療信息披露授權書。