SF Department of Public Health
SF Health Network

分享您的物质使用障碍 (SUD) 治疗说明的许可

PERMISSION TO SHARE YOUR SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) TREATMENT NOTES

NAME
DOB
MRN

Patient Label/Information

旧金山公共卫生部 (DPH) 致力于为您提供最好的护理。我们的临床团队成员需要了解您在 DPH 内的所有病史和护理，以便他们能够为您提供最安全和最好的护理。为此，我们请求您允许分享与物质使用（药物和酒精使用）相关的所有信息。

根据加利福尼亚州和联邦法律，完成本文件意味着您允许使用和/或披露您的物质使用障碍信息，详情如下。请提供所有标有星号 (*) 的信息，否则此授权无效。

根据加利福尼亚州和联邦法律，完成本文件意味着您允许使用和/或披露您的物质使用障碍信息，详情如下。请提供所有标有星号 (*) 的信息，否则此授权无效。

*Name 姓名_____

*Date of Birth 出生日期_____ **MRN/BIS#** _____

谁可以共享和接收我的个人物质使用信息

我授权（选择以下一项*)

_姓名缩写_____ SFDPH 电子健康记录 (EHR) 的所有用户
这包括但不限于 DPH、UCSF 和其他 DPH 社区合作伙伴的提供者和授权人员

或者

__姓名缩写_____ **除上述内容外，我**还同意通过健康信息交换（例如 Epic CareEverywhere）**共享我的物**质使用记录。这种交换将允许我接受护理的其他医疗保健组织或提供者访问我的物质使用记录。

他们将分享什么

我了解必须在 DPH 电子健康记录 (EHR) 中记录和共享某些信息，例如医疗诊断、药物、过敏、免疫接种和测试结果。此信息使用 DPH 电子健康记录 (EHR) 在临床护理团队之间共享。不能阻止共享此临床信息。
我了解我的物质使用（药物和酒精）信息可用于物质使用障碍治疗、支付和运营；护理协调和质量改进。

我允许共享此信息多长时间

我了解我可以随时撤销此授权。除非我提前撤销我的同意，否则此同意将在我去世后十 (10) 年后自动失效。

重新披露——将我的信息告诉其他人

如果健康信息被披露给在法律上没有要求对其保密的人，它可能会被重新披露（告诉其他人）并且可能不再受到保护。这是**加利福尼**亚州的法律。

我的权利

• 我可以决定不签署这份授权书。
• 我可以随时撤销（改变主意）允许共享我的 SUD 信息。改变我的想法必须以书面形式，由我签署或由具有法律授权的人代表我签署，并提交至我的提供商网站。
• 我的撤销（改变主意）将在我的提供商站点收到后生效，但我明白我已经共享的信息无法收回。
• 我有权获得这份授权书的副本。
• 如果我拒绝同意披露，我仍将接受服务。

*Signature 签名: _____ *Date 日期: _____

父母/监护人/保护者签名
Parent/Guardian/Conservator Signature: _____

Interpreter 翻译员 ID: _____Witness 见证人:_____

SUD 信息接收方注意事项：

根据 42 CFR 第 2.32 节，还提供以下通知：
联邦法律/42 CFR 第 2 部分禁止未经授权披露这些记录。

SFDPH Use Only: Patient has declined to sign this Permission Form. I have discussed this form and have answered the patient's questions. Patient has been informed that certain clinical information will be shared by all providers. Patient appears to understand our discussion and wishes to receive care.

Provider Signature_____ Date: _____