



關於刊載用途的資訊使用或披露之授權 / 同意書

第 I 部份 當事人姓名	
姓名： 姓氏 名字 中間名	社會安全號碼最後四位：
地址：	出生日期：
	電話號碼： ()

第 II 部份 授權使用與披露資訊，包括受保護的臨床資訊：

授權 OPWDD 使用或披露您的以下資訊：

說明即將使用或披露的資訊（勾選所有適用選項）：

服務日期（如適用）：

- 本人照片或其他肖像
 本人姓名
 本人住址或參與的計劃
 其他，請說明：

出於以下刊載目的：

說明使用或披露目的（勾選所有適用選項）：

- 張貼至 OPWDD 網頁
 發佈於 OPWDD 電子報或其他出版發佈形式
 向媒體公佈
 培訓材料，包括視訊錄影
 其他（請說明）

注：以下內容必須由要求授權的醫療護理提供者或保健計劃負責人填寫：

要求授權的醫療護理提供者或保健計劃負責人是否將收到財務或實物補償以換取上述健康或臨床資訊的使用或披露權？

- 否 是

第 III 部份 簽署與日期：

1. 本人明白，對於本人在本文件中授權的、作刊載用途的使用或披露本人的任何照片或肖像，或本人的任何其它資訊，本人將不會收到任何付款或補償。

2. 本人可以隨時透過書面形式，通知以上所列本人授權可以使用或披露資訊的個人或實體，以撤銷此授權。

3. 本人明白，本人的撤銷不溯及該個人或實體在收到上述撤銷函之前已經採取、並確為依據此授權書的行動。

4. 本人明白，如授權接收本人的健康與臨床資訊的個人或實體不是醫療護理提供者或保健計劃，所披露的資訊可能被再次披露，並可能不再受聯邦隱私法保護。

5. 本人可以拒絕簽署這份授權披露受保護的醫療資訊的文件，此舉不會影響本人獲得治療或賠付，但需要將上述資訊用於付款或登記時除外。

6. 根據任何適用的代理機構隱私政策之規定，本人可以檢查或複製根據此授權被使用或披露的任何資訊，且在本人要求時獲得本授權書副本。

當事人或代表簽名	日期
請用正楷書寫當事人或代表姓名	代表與當事人的關係
本授權到期日： (插入日期或事件)	

應向當事人或代表提供一份填妥的授權書副本。