

同意披露酒精/毒品濫用的相關資訊
患者在設施的出勤狀況和一般醫療情形

病患姓氏 ，	中間名首字母	名字
案號		
機構		

說明： 請向病患本人提供本同意書影本！另備一 (1) 份影本留作病患之案件記錄

本人，下述簽名者，授權此設施人員發言表示本人是否位於此設施，以及對本人行蹤及進度有私人利害關係之下列人員提供本人的一般情形相關資訊。本人同意在本人受傷、生病或其他緊急情況時通知下列近親。

近親姓名	電話號碼
地址	

利害關係人姓名	關係

本人了解此同意書得由本人以書面方式撤銷，惟已據以揭露之授權資訊除外。在任何情形下，此同意書應於本人自此設施出院後一 (1) 個月後失效。本人亦了解由本設施代表本人揭露之任何內容，均需遵循「美國聯邦法規彙編」第 14 類 (管理酒精及毒品濫用記錄之保密) 和「1996 年醫療保險流通與責任法案 (HIPAA)」之規範。

(病患簽名)

(病患/監護人 (必要時) 簽名)

(病患正楷書寫姓名)

(病患/監護人正楷書寫姓名)

(日期)

(日期)