



SAPC 治疗与照护协调同意书填写说明

本同意书旨在获得您的书面许可，以便在 SAPC 服务提供方网络内为您提供治疗的现任、既往及今后的服务提供方之间披露和交换您的健康信息（包括受 **42 CFR Part 2**（《美国联邦法规》第 42 编第 2 部分）保护的信息，即物质使用障碍信息），并应您或您授权代表的要求，将上述信息披露给本同意书中指明的外部实体或个人，用于服务对象的治疗和照护协调。对于物质使用障碍（SUD）信息，同意与披露的目的必须符合 **42 CFR Part 2** 的要求以及所有适用的联邦和州法律。授权完全出于自愿，您可以拒绝签署。请花几分钟阅读以下说明。

请仔细阅读每一部分

本表格包含以下几个部分：

- **哪些信息可以共享**
- **谁可以发送和接收这些信息**
- **为什么要共享这些信息**
- **授权的有效期**
- **您撤销或限制信息披露授权的权利**

请在签署前逐项阅读并核对每一部分。

指明可以披露哪些信息

您可以选择限制所披露信息的类型或范围。您可以授权披露：

- 您的全部健康记录，**或**
- 指明您授权使用和披露的信息

谁可以共享和接收您的信息

您必须指明您授权与哪些对象共享信息。可以包括：

- SAPC 服务提供方网络或机构，**或**
- SAPC 服务提供方网络或机构中的特定治疗服务提供方，**或**
- SAPC 服务提供方网络或机构之外的一个或多个实体/个人或中介机构

请参阅第 II 部分“获授权共享健康信息的实体”。

了解您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下享有的权利

本表格载明了您依据联邦和州法律享有的权利。您有权：

- **拒绝签署本授权书**
- 随时以书面或当面方式**撤销**您的授权
- **领取一份填妥表格的副本**
- **限制共享信息的范围**
- **获得保密保护**，包括对再次披露的限制

有关您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下所享权利的更多信息，请参阅第 IV 部分“其他重要信息”和第 VI 部分“随附披露的通知”。

授权的有效期

只要您接受 SAPC 服务提供方网络的服务，本授权即持续有效，除非您选择撤销。

有关授权相关权利的更多信息，请参阅第 IV 部分“其他重要信息”和第 VII 部分“撤销同意”。

撤销您的授权

您可以随时以书面或当面方式通知为您提供治疗的服务提供方或项目，撤销您的授权。撤销**不会**追回在收到撤销通知之前已经共享的信息。

有关如何撤销授权的更多信息，请参阅第 IV 部分“其他重要信息”和第 VII 部分“撤销同意”。

电子交换与安全

所有披露（包括以电子方式进行的披露）均须遵守：

- HIPAA 的要求
- 42 CFR Part 2
- 其他适用的联邦和州**保密法律**

签署表格并填写日期

您的签名表示确认：

- 您**理解**本表格中的信息
- 您**授权披露表格中所述信息**
- 您**了解自己在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下享有的权利**

如果您以**法定代表人**身份签署，必须说明您具备的授权资格。法定授权资格的示例包括父母、法定监护人、监管人、遗产执行人、授权代理人（持授权书者）和/或最近亲属。您需要提供额外的证明文件，以佐证您的授权资格或亲属关系。

如果您是以标记代签的见证人身份签署，请在相应部分填写您的信息。

交回填妥的表格

请将签署后的表格交回负责处理您请求的服务提供方、项目或机构。您可以索取一份副本自行留存。

物质滥用预防与控制

关于为治疗和照护协调目的披露物质使用障碍健康信息的同意书

同意与披露的目的：本同意书授权在 SAPC 服务提供方网络内为服务对象提供治疗的现任、既往及今后的服务提供方之间披露受 42 CFR Part 2 保护的物质使用障碍（SUD）健康信息，并应服务对象或其授权代表的要求，将上述信息披露给本同意书中指明的外部实体或个人，用于服务对象的治疗和照护协调。请勾选下列一项或两项，以注明您授权的信息共享范围：在 SAPC 服务提供方网络内为您提供治疗的现任、既往及今后的服务提供方之间共享，或在 SAPC 服务提供方网络与该网络之外的一个或多个外部实体/个人或中介机构之间共享：

☐ 在 SAPC 服务提供方网络内

☐ 在 SAPC 服务提供方网络外

本部分所作的选择必须与第 II 部分所作的选择一致。获授权共享健康信息的实体。

I. 服务对象信息

姓名（姓、名、中间名）：	出生日期：	Medi-Cal 编号：
电子邮件地址： 提供电子邮件地址，即表示您授权 SAPC 及 SAPC 服务提供方网络通过电子邮件与您联系。	电话号码：	社会安全号码（SSN）后 4 位：
地址：		Sage ID 编号：

II. 获授权共享健康信息的实体

我授权为我提供治疗的现任、既往及今后的服务提供方，依据本请求与下列指明的实体交换我受 42 CFR Part 2 保护的 SUD 健康信息，用于我的治疗和照护协调。

请从以下选项中选择一项或多项。“在 SAPC 服务提供方网络内”类选项只能选择其中一项。下方所选的选项必须与本文件顶部所选的选项一致。

☐ **SAPC 的整个服务提供方网络：**与 SAPC 服务提供方网络内的所有治疗服务提供方共享。如果仅选择此项，请直接跳至第 III 部分。披露范围。

☐ **特定的 SAPC 服务提供机构：**与下列指明的 SAPC 服务提供方网络内特定治疗服务提供方共享。

☐ **SAPC 服务提供方网络之外：**与下列指明的 SAPC 服务提供方网络之外的实体/个人或中介机构共享。

请在下方空白处填写您授权披露受保护 SUD 信息的对象的联系信息，包括 SAPC 服务提供方网络内的特定服务提供方和/或外部实体。如空间不足，请另附一页列出相关实体，并附于本同意书末尾。

1. 实体名称：_____
- 地址：_____
- 电话号码：_____ 传真号码：_____
- 电子邮件：_____ 网站：_____

2. 实体名称: _____
 地址: _____
 电话号码: _____ 传真号码: _____
 电子邮件: _____ 网站: _____
3. 实体名称: _____
 地址: _____
 电话号码: _____ 传真号码: _____
 电子邮件: _____ 网站: _____

III. 披露范围

我授权第 II 部分中指明的实体共享下列受保护的健康信息。

请从以下选项中选择一项。

☐ 我的全部健康记录

☐ 其他: _____

请具体说明您授权使用和披露的信息。

IV. 其他重要信息

签署本同意书，即表示我理解：

- **同意的有效期** – 只要我接受 SAPC 服务提供方网络的服务，本授权即持续有效，除非另行撤销。
- 我的酒精和/或药物治疗记录受联邦法规《药物滥用患者记录保密条例》（42 C.F.R. Part 2）以及 1996 年《健康保险流通与责任法案》（“HIPAA”）（45 C.F.R. Parts 160 和 164）的保护；除法规另有许可外，未经我的书面同意不得披露。
- 我有权获得本同意书的副本。本同意书的副本与原件具有同等效力。
- **再次披露信息** – 向受保实体或业务伙伴披露的酒精或药物治疗相关信息，可依据 HIPAA 法规所载许可再次披露。
- **再次披露的限制** – 未经另行签署、专门用于此目的且符合 42 C.F.R. Part 2 规定的同意书，已披露的信息不得在针对服务对象的民事、刑事、行政和立法程序中再次披露。出于法律目的的披露需要另行签署同意书。
- 我理解，依据本同意书使用或披露的信息可能被接收方再次披露，从而不再受 42 C.F.R. Part 2 保护。
- 我有权随时以书面或当面方式向为我提供治疗的物质使用障碍服务提供方撤销本同意，但服务提供方或其他合法持有方已基于本同意采取行动的部分除外。我可以使用本同意书中的“撤销同意”部分，以书面形式终止本同意书。一经收到我的撤销同意通知，我的服务提供方或 SAPC 将撤销同意，不再进行今后的信息披露。我理解，在撤销本同意书之前已作出的披露无法追回，接收披露信息的实体亦无义务退回或销毁这些信息。

V. 服务对象或法定代表人签名

在下方签名，即表示我确认已阅读本同意书，并理解我的签名授权他人披露本表格所述的我的健康信息。我理解签署本表格出于自愿，我有权拒绝签署。

服务对象或其法定代表人的姓名和签名：

如果服务对象无法书写，可在签名行上做标记代签。以标记代签需有两名见证人。见证人必须在指定填写服务对象姓名的横线上写下服务对象姓名，并在下方指定的见证人栏之一写下本人姓名并签名。第二名见证人必须在另一见证人栏写下本人姓名并签名，以确认服务对象以标记方式完成的签名。

正楷书写姓名（名、中间名、姓） 签名 ____ / ____ / ____
月 日 年

如由服务对象的法定代表人签署，请说明其关系及签署授权依据：

如果服务对象无法书写并已在上方以标记代签，则需两名见证人在下方写下姓名并签名，完成见证部分。

1. _____ 2. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名、姓） 正楷书写见证人姓名（名、中间名、姓）

签名 签名

VI. 随附披露的通知

向您披露的本记录受联邦保密法规（[42 CFR part 2](#)）保护。除非获得患者同意，或属于 [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) 规定的情形，或经法院依据 [42 CFR 2.64](#) 或 [2.65](#) 授权，否则上述法规禁止您在联邦、州或地方任何机关针对该患者提起的民事、刑事、行政或立法程序中使用或披露本记录，或使用、披露描述本记录所含信息的证词。此外，除非至少符合下列情形之一，联邦法规禁止您以任何其他方式使用或披露本记录：

- (i) 本记录中信息所属个人已书面同意进一步使用或披露，或 [42 CFR part 2](#) 另有许可。
- (ii) 您是受保实体或业务伙伴，且因治疗、付款或医疗保健运营目的而收到本记录；或
- (iii) 您系依据 [45 CFR part 164, subparts A](#) 和 [E](#) 的许可，从受保实体或业务伙伴处收到本记录。

就医疗或其他信息披露作出的一般性授权，不足以满足进一步使用或再次披露本记录所需的书面同意要件（参见 [42 CFR 2.31](#)）。

VII. 撤销同意

我有权随时填写本部分，并以邮寄或当面方式将撤销同意书提交给我提供治疗的服务提供方，从而撤销本同意书，但服务提供方或其他合法持有方已基于本同意采取行动的部分除外。

物质使用障碍治疗服务提供机构地址：

机构名称：_____

街道地址（第 1 行）：_____

街道地址（第 2 行：公寓/套间/单元）：_____

城市、州和邮政编码：_____

一经收到我的撤销同意书，我的服务提供方将撤销本同意书，不再进行今后的信息披露。在收到撤销通知之前已作出的披露无法追回。

在下方签名，即表示我撤销对今后信息披露的同意。我理解，在收到本撤销通知之前已作出的任何披露均无法撤销或追回。

服务对象或其法定代表人的姓名和签名：

如果服务对象无法书写，可在签名行上做标记代签。以标记代签需有两名见证人。见证人必须在指定填写服务对象姓名的横线上写下服务对象姓名，并在下方指定的见证人栏之一写下本人姓名并签名。第二名见证人必须在另一见证人栏写下本人姓名并签名，以确认服务对象以标记方式完成的签名。

正楷书写姓名（名、中间名、姓） 签名 月 / 日 / 年

如由服务对象的法定代表人签署，请说明其关系及签署授权依据：

如果服务对象无法书写并已在上方以标记代签，则需两名见证人在下方写下姓名并签名，完成见证部分。

1. _____ 2. _____
正楷书写见证人姓名（名、中间名、姓） 正楷书写见证人姓名（名、中间名、姓）

签名 签名

直接向 SAPC 提交信息披露同意书的服务对象可通过安全电子邮件或邮寄方式，将填妥的撤销同意书发送至下列地址。必须随附政府签发的官方身份证件副本，以核实请求的合法性。

SAPC 邮寄地址

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

电子邮件地址：

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

请注意：如果服务对象并非直接向 SAPC 填写信息披露同意书，其向 SAPC 提交的撤销请求将不予处理；未附有效政府签发身份证件副本的请求亦不予处理。



如何填写 SAPC 治疗与照护协调同意书

同意与披露的目的（表格顶部）

本部分用于确定您的 SUD 信息可以与谁共享。请确保您在此处的选择与第 II 部分一致。

第 1 步 — 阅读目的声明。

1. 该声明说明：本表格授权披露受 42 CFR Part 2 保护的 SUD 信息，“用于服务对象的治疗和照护协调”。

第 2 步 — 选择一项或多项

1. 请勾选其中一项或两项：
 - a. 在 SAPC 服务提供方网络内：如果您希望信息仅在与 SAPC 签约的 SUD 服务提供方之间共享，请选择此项。
 - b. 在 SAPC 服务提供方网络外：如果您希望将信息与外部实体共享（例如初级保健机构、心理健康机构、缓刑局、特定医院、您本人等），请选择此项。

第 I 部分 — 服务对象信息

请填写您的个人信息，以便 SAPC 及您的服务提供方准确识别您的记录。

1. 姓名：填写您的完整法定姓名（姓、名、中间名）。
2. 出生日期：使用“月/日/年”格式。
3. Medi-Cal 编号：如有，请填写您的 Medi-Cal 编号。
4. 电子邮件地址：填写您经常查看的电子邮件地址。
5. 电话号码：最便于联系到您的电话号码。
6. 社会安全号码（SSN）后四位：仅填写社会安全号码的最后四位数字。如果您没有 SSN 或不清楚自己的 SSN，请留空。
7. 地址：您当前的邮寄地址。
8. Sage ID 编号：如已知，请填写您的 Sage 电子健康记录（EHR）病历号。如不清楚，可留空或询问您的服务提供方。

第 II 部分 — 获授权共享健康信息的实体

本部分根据您的选择确定谁可以交换您的 SUD 信息。

第 1 步 — 选择一项或多项

请选择符合您需求的选项：

1. SAPC 的整个服务提供方网络
 - a. 如果您希望您的服务提供方能够与整个 SAPC SUD 服务提供方网络交换数据，以便跨机构全面协调您所接受的照护，请选择此项。
 - b. 如果仅勾选此项，可直接跳至第 III 部分。
2. 特定的 SAPC 服务提供机构
 - a. 如果您希望授权您的 SUD 服务提供方仅与特定的其他 SAPC 服务提供方交换信息，请选择此项。
 - b. 对于您希望从中调取健康信息或向其共享健康信息的每一家 SAPC 服务提供方，您都需要填写所要求的具体信息。
3. SAPC 服务提供方网络之外

- a. 如果您希望将信息与外部实体共享（例如心理健康局、卫生服务局、您的初级保健医生、医院、学校等），请选择此项。
- b. 对于您希望从中调取健康信息或向其共享健康信息的每一家实体，您都需要填写所要求的具体信息。

第 2 步 — 填写实体信息（如适用）

对于您授权的每一家 SAPC 服务提供方或外部实体，请填写：

- **实体名称**（全称，避免使用缩写）
- **地址**（完整邮寄地址）
- **电话号码**（含区号）
- **传真号码**（如已知）
- **电子邮件**（如已知）
- **网站**（可选）

第 3 步 — 如有需要，另附页面

如果实体超过三个，请另附一页列出其余实体。

第 III 部分 — 披露范围

本部分用于界定**哪些信息**可被使用或披露。

第 1 步 — 选择一个选项

- ☐ **我的全部健康记录**：如果您希望将完整的 SUD 记录用于照护协调，请选择此项。
- ☐ **其他**：如果您希望限制共享的内容，请选择此项。

第 2 步 — 如选择“其他”，请明确写明可披露的内容

请尽可能具体，以便服务提供方清楚哪些内容可以披露。

示例：

- “仅治疗日期”
- “仅评估与诊断”
- “用药清单”
- “项目参与证明”
- “仅进展报告”

第 IV 部分 — 其他重要信息

本部分无需填写任何内容。请仔细阅读每一小节。

- **有效期**：在您撤销之前，本同意持续有效。
- **保护措施**：您的记录受 **42 CFR Part 2** 和 **HIPAA** 等联邦法律保护。
- **拒签的权利**：您可以拒绝签署，但这样**您的记录将不会被披露**。
- **索取副本的权利**：您可以索取一份已签署同意书的副本。
- **再次披露**：根据 HIPAA，在有限情形下，接收机构可能再次披露您的部分信息。
- **法律保护**：未经单独签署的同意书，您的信息不得用于法律程序。
- **撤销权**：您可以随时撤销本同意。已经共享的信息无法收回。

第 V 部分 — 服务对象或法定代表人签名

这是您正式授权披露信息的部分。

1. **正楷书写姓名**：您的完整法定姓名。
2. **签名**：签署您的姓名。
 - a. 如果您无法书写，可以用标记代签。

- b. 如以标记代签，必须由**两名见证人**完成见证部分。
- 3. **日期：**填写签署日期。

4. **如由法定代表人签署：**

- a. 说明其与您的关系（如父母、监护人等）。
- b. 说明其授权依据（如法院命令、监护令等）。

5. **见证人部分（仅在服务对象以标记代签时填写）**

两名见证人必须：

- 用正楷清晰写下本人姓名
- 签署本人姓名

如由**法定代表人**签署，必须说明其关系及法律授权依据。如果服务对象**以标记代签**，必须由两名见证人正楷书写并签署姓名。

第 VI 部分 — 随附披露的通知

这是 42 CFR Part 2 所要求的保密通知，将随您的信息一并提供。本部分无需填写。“随附披露的通知”是一份保密通知，将随因签署本表格而获授权披露的记录一并提供。该保密通知用于告知接收方：所接收的记录受州和联邦保密法律保护，不得与本同意书未授权的其他实体共享。

第 VII 部分 — 撤销同意

仅在您希望撤销同意时（即今后）填写本部分。

第 1 步 — 服务提供方信息

填写为您提供治疗的服务提供方的：

- **机构名称**
- **完整邮寄地址**

第 2 步 — 撤销签名

1. **正楷书写您的姓名**
2. **签署您的姓名（或做标记）。**
3. **填写撤销日期（月/日/年）**
4. **如由法定代表人签署，请说明其关系及签署授权依据**
5. **如直接提交给 SAPC，请附上您的政府签发身份证件副本，以核实您的身份**

第 3 步 — 见证人（如以标记代签）

两名见证人必须正楷书写并签署本人姓名。

第 4 步 — 提交撤销

如果您当初是直接向 SAPC 提交同意书的，可通过以下方式发送撤销：

- **通过安全电子邮件**发送至 SAPC-HIM@ph.lacounty.gov（必须附上您的政府签发身份证件副本）
- **通过邮寄**寄至表格上列出的 SAPC 地址

请按照表格上的说明，将撤销通知发送给您的服务提供方、机构或 SAPC。

补充定义

授权/同意

一份符合 42 CFR Part 2 全部要求的书面签署文件，内容包括：

- 披露目的
- 谁可以披露
- 谁可以接收
- 可以共享哪些信息
- 有效期
- 签名与日期

每份 SAPC 信息披露（ROI）表格均按其特定用途设计，以满足上述要求

照护协调

服务提供方之间的沟通与协作，以支持服务对象的治疗、转介、个案管理和照护的连续性。

服务对象

接受物质使用障碍（SUD）服务的个人。服务对象是指签署 ROI 后其受保护健康信息（PHI）可能被共享的人。

实体

获授权接收或披露 SUD 信息的任何组织、机构、服务提供方、法院、律师或个人。示例：SAPC 服务提供方、DHCS（加州医疗保健服务部）、管理式医疗计划、法院、缓刑局、初级保健服务提供方。

法律程序

可能要求提供或使用 SUD 信息以对服务对象不利的任何刑事、民事、行政或立法程序。示例：法庭听证、缓刑、儿童福利案件、社会保障福利认定听证。

法定代表人

依法获授权代表服务对象作出决定的人。示例：

- 法院指定的监管人
- 法定监护人
- 未成年人的父母。上述人员只有在具备书面法律授权时，方可签署 ROI。

最低必要标准

根据 HIPAA 的定义，只能共享为实现同意目的所需的最少信息。

支付与医疗保健运营

为 SUD 服务开具账单、付款或进行管理所需的行政活动，包括：

- Medi-Cal 账单结算
- 资格核查
- 服务使用审核
- 质量改进
- 审计与合规审查

再次披露

首次披露之后对 SUD 信息的任何共享。根据 42 CFR Part 2，除法律程序外，**允许**再次披露。

撤销同意

服务对象有权随时撤回其同意。撤回同意无法撤销在同意有效期间已经作出的披露。撤销必须以书面形式作出，或通过填写 ROI 表格的撤销部分完成。

第三方支付方

除服务对象本人以外，负责支付或报销 SUD 服务费用的任何实体。示例：Medi-Cal、DHCS、管理式医疗计划、商业保

险。

[治疗服务提供方 / SAPC 服务提供方网络](#)

与洛杉矶县 SAPC 签约的任何 SUD 治疗项目，包括门诊、住院式治疗、阿片类药物治疗项目（OTP）、戒断管理和康复支持项目。

[见证人](#)

在服务对象**以标记代签**（即服务对象无法书写签名）时在场见证的人。必须由两（2）名见证人正楷书写并签署姓名，标记代签方为有效。