

## 關於填寫 SAPC 治療與護理協調同意書的說明

本同意書旨在就披露和交換您的健康資訊（包括受 **42 CFR Part 2** 保護的資訊，即物質使用障礙資訊）提供書面許可，對象包括您在 SAPC 醫療服務網絡內當前、過去和未來的治療提供者，以及應您或您的授權代表要求，在本同意書中指定的外部實體或個人，以為客戶的治療與護理進行協調。對於 SUD 資訊，同意和披露的目的必須符合 **42 CFR Part 2** 的要求以及所有適用的聯邦和州法律。您的授權是自願的，您可以拒絕簽署。請花費少許時間閱讀以下說明。

### 仔細閱讀各個部分

本表格包含多個部分，分別說明：

- **哪些資訊**可能會被共享
- **誰**可以發送和接收這些資訊
- **為什麼**要共享這些資訊
- **授權的有效期**
- 您**撤銷或限制資訊披露授權的權利**

請在簽署前仔細閱讀並審閱每個部分。

### 指定可以披露哪些資訊

您可以選擇限制披露資訊的類型或數量。您可以授權披露：

- 您的完整健康記錄，**或**
- 指定您授權使用和披露的資訊

### 誰可以共享和接收您的資訊

您必須指定您授權與誰共享資訊。其中可以包括：

- SAPC 的提供者網絡或機構，**或**
- 選擇 SAPC 提供者網絡或機構中的治療提供者，**或**
- SAPC 提供者網絡或機構之外的一個或多個實體/個人或中介機構

請參閱第 II 部分「獲授權共享健康資訊的實體」。

### 查看您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下的權利

本表格說明您在聯邦和州法律下的權利。您有權：

- **拒絕簽署**此授權書
- 隨時以書面方式或親自前去**撤銷**您的授權
- **接收**已填妥表格的副本
- **限制**共享的資訊內容
- **期望獲得保密保護**，包括對重新披露的限制

有關您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下權利的更多資訊，請參閱第 IV 部分「其他重要資訊」及第 VI 部分「隨附披露通知」。

## 授權有效期

只要您接受 SAPC 醫療服務網絡的服務，本授權即持續有效，除非您選擇撤銷它。

有關您授權權利的更多資訊，請參閱第 IV 部分「其他重要資訊」及第 VII 部分「撤銷同意」。

## 撤銷您的授權

您可以隨時透過書面方式或親自通知您的治療提供者或計劃來撤銷您的授權。撤銷行為**不會**撤銷在收到撤銷通知之前已經共享的資訊。

有關如何撤銷授權的更多資訊，請參閱第 IV 部分「其他重要資訊」及第 VII 部分「撤銷同意」。

## 電子交換與安全

所有披露（包括以電子方式進行的披露）必須遵守：

- **HIPAA 要求**
- **42 CFR Part 2**
- 其他適用的聯邦和州**保密法律**

## 簽署並註明日期

您的簽名表示您確認：

- 您**了解**表格上的資訊
- 您**授權披露**所述資訊
- 您**了解您在 HIPAA 和 42 CFR Part 2 下的權利**

如果您是以**法定代表**身份簽署，您必須註明您的授權資格。法定授權的例子包括父母、法定監護人、財產監護人、遺產執行人、授權書持有人和/或近親。您將需要提供額外的文件來證明您的授權或關係。

如果您作為記號簽名的見證人進行簽名，請填寫相應部分並提供您的資訊。

## 交回已填妥的表格

將簽署後的表格交回負責處理您請求的提供者、計劃或機構。您可以索取一份副本以供存檔。



## 物質濫用預防和控制

### 出於治療和護理協調目的披露物質使用障礙健康資訊同意書

**同意書及披露目的：**本同意書授權在客戶當前、過去和未來 SAPC

醫療服務網絡內的治療提供者之間，以及應客戶或其授權代表的要求，向本同意書中指定的外部實體或個人披露受 42 CFR Part 2

保護的物質使用障礙（SUD）健康資訊，以為客戶的治療和護理進行協調。請透過選擇以下一個或兩個選項，註明您是否授權在當前、過去和未來 SAPC 醫療服務網絡內的治療提供者之間，或在 SAPC 醫療服務網絡與 SAPC 醫療服務網絡之外的一個或多個外部實體/個人或中介機構之間共享資訊：

☐ 在 SAPC 醫療服務網絡內

☐ 在 SAPC 醫療服務網絡外

此部分所做的選擇必須與第二部分所做的選擇相符。獲授權共享健康資訊的實體

| I. 客戶資訊                                                                 |       |              |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|
| 姓名（姓、名、中間名）：                                                            | 出生日期： | Medi-Cal 編號： |
| 郵箱地址：<br><small>提供您的電子郵件地址，即表示您授權 SAPC 及 SAPC 的提供者網絡透過電子郵件與您聯繫。</small> | 電話號碼： | SSN 後 4 位：   |
| 地址：                                                                     |       | Sage ID 編號：  |

| II. 獲授權共享健康資訊的實體                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>本人授權我目前、過去及未來的治療提供者，根據此請求，出於我的治療及護理協調目的，與下述指定實體交換我受 42 CFR Part 2 保護的 SUD 健康資訊。</p> <p>請選擇以下一個或多個選項。「在 SAPC 服務提供者網絡內」的選項僅可選擇一項。下方選擇的選項必須與本文件頂部選擇的選項相符。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>SAPC 的整個服務提供者網絡：</b> <u>SAPC 服務提供者網絡內</u>的所有治療提供者。如果這是唯一選擇，請跳至第 III 部分。披露範圍。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>選擇 SAPC 服務提供機構：</b> 與下方指定的 <u>SAPC 服務提供者網絡內</u>的特定治療提供者。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>SAPC 服務提供者網絡外：</b> 與下方指定的 <u>SAPC 服務提供者網絡外</u>的實體/個人或中介機構。</p> <p>請使用下方提供的空格，填寫您授權披露受保護 SUD 資訊的 SAPC 服務提供者網絡內的特定提供者及/或外部實體的聯繫資訊。如需更多空間，請將列出實體的頁面附在本同意書末尾。</p> <p>。</p> |

1. 實體名稱： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
電話號碼： \_\_\_\_\_ 傳真號碼： \_\_\_\_\_  
電子郵件： \_\_\_\_\_ 網站： \_\_\_\_\_
2. 實體名稱： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
電話號碼： \_\_\_\_\_ 傳真號碼： \_\_\_\_\_  
電子郵件： \_\_\_\_\_ 網站： \_\_\_\_\_
3. 實體名稱： \_\_\_\_\_  
地址： \_\_\_\_\_  
電話號碼： \_\_\_\_\_ 傳真號碼： \_\_\_\_\_  
電子郵件： \_\_\_\_\_ 網站： \_\_\_\_\_

### III.披露範圍

本人授權第 II 部分中指明的實體共享下方指定的受保護健康資訊。

請選擇以下其中一個選項。

☐ 我的完整健康記錄

☐ 其他： \_\_\_\_\_

請具體說明您授權使用及披露的資訊。

### IV.其他重要資訊

簽署本同意書，即表示我了解：

- **同意書的有效期** - 本授權將持續有效，直至我不再接受 SAPC 醫療服務提供者網絡的服務，或除非另行撤銷。
- 我的酒精及/或藥物治療記錄受聯邦法規《藥物濫用患者記錄保密規定》(42 C.F.R. Part 2) 以及 1996 年《健康保險流通與責任法案》(HIPAA, 45 C.F.R. Parts 160 & 164) 的保護，除非法規另有許可，否則未經我的書面同意，不得披露。
- 我有權獲得本同意書的副本。本同意書的副本與正本具有同等效力。
- **資訊再披露** - 與酒精或藥物治療相關並向涵蓋實體或業務夥伴披露的資訊，可根據 HIPAA 法規中包含的許可進行再披露。
- **再披露限制** - 除非另有專門用於此目的且符合 42 C.F.R. Part 2 的同意書，否則披露的資訊不得在針對客戶的民事、刑事、行政及立法程序中進行再披露。用於法律目的的披露需要單獨的同意。
- 我了解根據本同意書使用或披露的資訊可能會被接收者再披露，且不再受 42 C.F.R. Part 2 的保護。
- 我有權隨時以書面形式或親自向我的物質使用障礙治療提供者撤銷本同意書，但我的提供者或其他合法持有人已依據該同意書採取行動的情況除外。我可以使用本同意書上的「撤銷同意」部分，以書面形式終止本同意書。一旦收到我的「撤銷同意」通知，我的提供者或 SAPC 未來披露資訊的同意將被撤銷。我了解，在撤銷本同意書之前所做的披露無法撤回，且接收披露的實體無需歸還或處置這些披露的資訊。

## V. 客戶或法定代表人簽名

簽署下方內容，即表示我承認已閱讀本同意書，並了解我的簽名授權披露本表格所述的我的健康資訊。我了解簽署本表格是自願的，且我有權拒絕簽署。

#### 客戶或客戶法定代表人的姓名及簽名：

如果客戶無法書寫，可以在簽名處做記號。記號簽名需要兩名見證人。見證人須在指明用於寫下客戶姓名的行上寫下客戶的姓名，並在下方指明用於見證人寫下自己的姓名並簽名的空白處之一寫下姓名並簽名。第二位見證人必須在另一空白處寫下其姓名並簽名，以確認客戶以記號方式簽名。

正楷姓名（名、中間名和姓） \_\_\_\_\_ 簽名 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ / 日 \_\_\_\_\_ / 年 \_\_\_\_\_

若由客戶的法定代表人簽署，請說明關係及授權依據：

\_\_\_\_\_

如果客戶無法書寫並已在上方以記號作為簽名，則需要兩名見證人在下方寫下姓名並簽名，以完成見證部分。

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
見證人正楷姓名（名、中間名及姓） 見證人正楷姓名（名、中間名及姓）

簽名 \_\_\_\_\_ 簽名 \_\_\_\_\_

## VI. 隨附披露通知

此份披露給您的記錄受聯邦保密規則 ([42 CFR part 2](#))

保護。這些規則禁止您在任何聯邦、州或地方當局針對患者的民事、刑事、行政或立法程序中，使用或披露此記錄，或描述此記錄中所含資訊的證詞，除非獲得患者同意授權，或依據 [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) 的規定，或經法院依據 [42 CFR 2.64](#) 或 [2.65](#) 授權。此外，聯邦規則禁止您對此記錄進行任何其他使用或披露，除非適用以下至少一項情況：

- (i) 資訊所屬個人以書面同意明確許可進一步使用或披露，或依據 [42 CFR part 2](#) 的其他許可。
- (ii) 您是被涵蓋實體或業務夥伴，並已收到該記錄，以用於治療、付款或醫療保健營運，或
- (iii) 您已從被涵蓋實體或業務夥伴處收到該記錄，且符合 [45 CFR part 164, subparts A 及 E](#) 的許可。

一般的醫療或其他資訊披露授權不足以滿足進一步使用或再披露記錄所需的書面同意要素（參見 [42 CFR 2.31](#)）。

## VII. 撤銷同意

我有權隨時填寫本部分並透過郵寄方式或親自將我的「撤銷同意書」提交給我的服務提供者，從而撤銷本同意書，但我的提供者或其他合法持有人已根據該同意書採取行動的情況除外。

**物質使用障礙治療提供機構地址：**

機構名稱：\_\_\_\_\_

街道地址（第 1 行）：\_\_\_\_\_

街道地址（第 2 行：公寓/套房/單元）：\_\_\_\_\_

城市、州和郵遞區號：\_\_\_\_\_

一旦收到我的撤銷同意書，我的醫療服務提供者將撤銷該同意書，不再進行未來的資訊披露。在收到撤銷通知之前所做的披露無法撤回。

在下方簽名，即表示我撤銷未來發布資訊的同意。我了解在收到此撤銷通知之前所做的任何披露均無法撤銷或收回。

**客戶或客戶法定代表人的姓名及簽名：**

如果客戶無法書寫，可以在簽名處做記號。記號簽名需要兩名見證人。見證人須在指明用於寫下客戶姓名的行上寫下客戶的姓名，並在下方指明用於見證人寫下自己的姓名並簽名的空白處之一寫下姓名並簽名。第二位見證人必須在另一空白處寫下其姓名並簽名，以確認客戶以記號方式簽名。

\_\_\_\_\_  
正楷姓名（名、中間名和姓）                      簽名                      月                      /                      日                      /                      年

若由客戶的法定代表人簽署，請說明關係及授權依據：

\_\_\_\_\_

如果客戶無法書寫並已在上方以記號作為簽名，則需要兩名見證人在下方寫下姓名並簽名，以完成見證部分。

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
見證人正楷姓名（名、中間名及姓）                      見證人正楷姓名（名、中間名及姓）

\_\_\_\_\_  
簽名                      簽名

**直接向 SAPC**

提交資訊披露同意書的客戶，可以透過安全電子郵件或郵寄方式將填妥的撤銷同意書寄回至下方列出的地址。須附上其官方政府簽發的身分證件副本，以驗證請求的合法性。

**SAPC 郵寄地址**

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

**電子郵件地址：**

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

請注意：對於並非直接向 SAPC 提交資訊披露同意書的客戶，若向 SAPC 提交撤銷請求，或提交的請求未附上有效的政府簽發身分證件副本，將不予處理。



## 如何填寫 SAPC 治療與護理協調同意書

### 同意書及披露目的（表格頂部）

此部分決定了您的 **SUD 資訊可與誰共享**。請確保此處的選擇與第 II 部分相符。

#### 第 1 步 — 閱讀目的聲明。

1. 此處說明該表格授權披露受 42 CFR Part 2 保護的 SUD 資訊，旨在用於客戶的治療與護理協調。

#### 第 2 步 — 選擇一個或多個選項

1. 勾選其中一個或兩個復選框：
  - a. **SAPC 醫療服務提供者網絡內**：若您希望您的資訊僅在 SAPC 合約的 SUD 醫療服務提供者之間共享，請選擇此項。
  - b. **SAPC 醫療服務提供者網絡外**：若您希望您的資訊與外部實體（例如：初級保健、心理健康、緩刑部門、特定醫院、您本人等）共享，請選擇此項。

### 第 I 部分 — 客戶資訊

填寫您的個人資訊，以便 SAPC 和您的醫療服務提供者能正確識別您的記錄。

1. **姓名**：填寫您的完整法定姓名（姓、名、中間名）。
2. **出生日期**：使用月/日/年（MM/DD/YYYY）格式。
3. **Medi-Cal 號碼**：輸入您的 Medi-Cal 號碼（如有）。
4. **電子郵件地址**：輸入您的常用電子郵件。
5. **電話號碼**：最方便聯繫您的電話號碼。
6. **SSN 後 4 位**：僅輸入您社會保障號碼的最後四位數字。如果您沒有 SSN 或不知道您的 SSN 是什麼，請留空。
7. **地址**：您目前的郵寄地址。
8. **Sage ID 號碼**：提供您的 Sage EHR 病歷號碼（如果知道）。如果不知道，請留空或詢問您的醫療服務提供者。

### 第 II 部分 — 獲授權共享健康資訊的實體

此部分根據您的選擇，確定誰可以交換您的 **SUD 資訊**。

#### 第 1 步 — 選擇一個或多個選項

選擇符合您需求的選項：

1. **整個 SAPC 醫療服務提供者網絡**
  - a. 若您希望您的醫療服務提供者能夠與整個 SAPC SUD 醫療服務提供者網絡交換數據，以便在各機構間全面協調您的護理，請選擇此項。
  - b. 如果僅勾選此復選框，您可以直接跳至第 III 部分。
2. **選擇 SAPC 醫療服務提供機構**
  - a. 若您希望授權您的 SUD 醫療服務提供者僅與特定的其他 SAPC 醫療服務提供者交換資訊，請選擇此項。
  - b. 您需要為每個您希望請求或共享健康資訊的 SAPC 醫療服務提供者，提供具體的所需資訊。
3. **SAPC 醫療服務提供者網絡外**
  - a. 若您希望您的資訊與外部實體（例如：心理健康部門、衛生服務部門、您的初級保健醫生、醫院、學校等）共享，請選擇此項。
  - b. 您需要為每個您希望請求或共享健康資訊的實體，提供具體的所需資訊。

#### 第 2 步 — 填寫實體詳細資訊（如適用）

對於您授權的每個 SAPC 醫療服務提供者或外部實體，請填寫：



- **實體名稱**（全名，避免使用縮寫）
- **地址**（完整郵寄地址）
- **電話號碼**（含區號）
- **傳真號碼**（若已知）
- **電子郵件**（若已知）
- **網站**（選填）

### 第 3 步 — 如有需要，請增加額外頁面

如有超過三個實體，請附上一張單獨的清單列出其餘實體。

## 第 III 部分 — 披露範圍

此部分定義了**哪些資訊**可被使用或披露。

### 第 1 步 — 選擇一個選項

- ☐ **我的完整健康記錄**：若您希望將您的完整 SUD 記錄用於護理協調，請選擇此項。
- ☐ **其他**：若您希望限制共享內容，請選擇此項。

### 第 2 步 — 若選擇「其他」，請明確指定可披露的內容

請盡可能具體，以便醫療服務提供者了解允許披露的內容。

範例：

- 「僅治療日期」
- 「僅評估與診斷」
- 「藥物清單」
- 「參與計劃證明」
- 「僅限進度報告」

## 第 IV 部分 — 其他重要資訊

您無需在此部分填寫任何內容。請仔細閱讀每個小節。

- **有效期**：您的同意書將持續有效，直到您撤銷為止。
- **保護**：您的記錄受到聯邦法律 **42 CFR Part 2** 和 **HIPAA** 的保護。
- **拒絕簽署的權利**：您可以拒絕簽署，但您的記錄將不會被發布。
- **獲取副本的權利**：您可以要求獲取已簽名的同意書的副本。
- **再披露**：根據 HIPAA，接收機構在有限的情況下可能會再披露您的部分資訊。
- **法律保護**：未經單獨同意，您的資訊不得用於法律訴訟。
- **撤銷權**：您可以隨時撤銷此同意書。已分享的資訊無法撤回。

## 第 V 部分 — 客戶或法定代理人簽名

這是您正式授權發佈資訊的部分。

1. **正楷姓名**：您的完整法定姓名。
2. **簽名**：簽署您的姓名。
  - a. 若您無法書寫，可以記號方式簽名。
  - b. 若以記號方式簽名，須由**兩位見證人**填寫見證人部分。
3. **日期**：填寫簽署日期。
4. **若由法定代理人簽署**：
  - a. 說明關係（例如：父母、監護人等）。
  - b. 說明授權（例如：法院命令、監護權等）。
5. **見證人部分** （僅在客戶以記號方式簽名時使用）

兩位見證人必須：

- 以正楷體清晰寫下其姓名
- 簽署其姓名

若**法定代理人**簽署，必須說明其關係及具備的法律授權。若客戶以**授權方式簽名**，兩位見證人必須以正楷體寫下其姓名並簽名。

## 第 VI 部分 — 隨附披露通知

這是隨附於您資訊的必要 42 CFR Part 2

保密通知。此部分無需填寫。「隨附披露通知」是一份保密通知，將隨同本表格簽署授權所發佈的記錄一併提供。此保密通知旨在告知接收者，所接收的記錄受州及聯邦保密法保護，不得與本同意書未授權的其他實體分享。

## 第 VII 部分 — 撤銷同意

僅在**您希望撤銷同意時（即未來某個時間點）**填寫此部分。

### 第 1 步 — 提供者資訊

填寫治療提供者的相關資訊：

- 機構名稱
- 完整郵寄地址

### 第 2 步 — 撤銷簽名

1. 以正楷體寫下您的姓名
2. 簽署您的姓名（或以記號方式簽名）。
3. 註明撤銷日期（月/日/年）
4. 若由**法定代理人**簽署，**請說明其關係及簽署授權**
5. 若直接提交給 SAPC，請附上您的**政府核發身分證件副本**，以供核實身分

### 第 3 步 — 見證人（若以記號方式簽名）

兩位見證人必須以正楷體寫下其姓名並簽名。

### 第 4 步 — 提交撤銷申請

若您最初是直接向 SAPC 提交同意書，您可以透過以下方式發送撤銷申請：

- 透過**安全電子郵件**發送至 [SAPC-HIM@ph.lacounty.gov](mailto:SAPC-HIM@ph.lacounty.gov)（必須附上您的政府核發身分證件副本）
- 透過**郵寄方式**寄至表格上列出的 SAPC 地址

請依照表格上的說明，將撤銷申請發送給您的提供者、機構或 SAPC。

## 其他定義

### 授權/同意

一份符合所有 42 CFR Part 2 要求的書面簽署文件，包括：

- 披露目的
- 誰可以披露
- 誰可以接收
- 哪些資訊可能會被共享
- 有效期
- 簽名與日期

每份 SAPC ROI 表格均旨在符合就某特定目的提出的相關要求

### 護理協調

提供者之間的溝通與協作，以支援客戶的治療、轉診、個案管理及護理連續性。

## 客戶

接受物質使用障礙（SUD）服務的個人。客戶是指在簽署 ROI 時，其受保護健康資訊（PHI）可能會被共享的個人。

## 實體

任何獲授權接收或披露 SUD 資訊的組織、機構、提供者、法院、律師或個人。範例：SAPC 提供者、DHCS、管理式醫療計劃、法院、緩刑部門、初級保健提供者。

## 法律程序

任何可能要求或使用 SUD

資訊來對抗客戶的刑事、民事、行政或立法程序。範例：法庭聽證會、緩刑、兒童福利案件、社會安全福利裁定聽證會。

## 法定代理人

依法獲授權代表客戶做出決定的人。範例：

- 法院指定的監護人
- 法定監護人
- 未成年人的父母（僅在擁有書面法律授權時方可簽署 ROI）。

## 最小必要標準

根據 HIPAA 定義，僅可分享滿足同意目的所需的最少量資訊。

## 付款與醫療保健營運

計費、支付或管理 SUD 服務所需的行政活動，包括：

- Medi-Cal 計費
- 資格審核
- 利用率審查
- 質量提升
- 審計與合規審查

## 再披露

在初次披露後對 SUD 資訊的任何分享行為。根據 42 CFR Part 2，除法律程序外，**允許**再披露。

## 撤銷同意

客戶有權隨時撤回其同意。撤回同意無法撤銷在同意有效期間內已經完成的披露。撤銷必須以書面形式進行，或使用 ROI 表格中的撤銷部分完成。

## 第三方付款人

除客戶本人外，任何負責支付或償付 SUD 服務費用的實體。範例：Medi-Cal、DHCS、管理式醫療計劃、私人保險。

## 治療提供者 / SAPC 提供者網絡

任何與洛杉磯縣 SAPC 簽約的 SUD 治療計劃，包括門診、住院、OTP、戒斷管理及康復支援計劃。

## 見證人

親眼看到客戶**以記號方式**簽署 ROI 的人（當客戶無法進行親筆簽名時）。必須有兩 (2)

名見證人以正楷體寫下並簽署其姓名，該簽名方被視為有效。