

MSSP - 使用和披露授权 受保护的健康信息

参与者姓名: _____ MSSP #: _____

本人特此授权 MSSP 获取、发布、使用和披露受联邦、州和/或当地法律保护的有关本人以下信息，以供 MSSP 确定本人获得 MSSP 服务的资格，提供护理管理和健康/心理社会评估，并执行相关的管理职能。

参与者要使用或披露受保护健康信息的描述。勾选所有适用项。

身体受伤、疾病或状况

精神（心理学或精神病学）疾病或状况

酒精成瘾和/或滥用药物

已接受的现金援助、Medi-Cal 福利或其他社会及健康服务

其他（如有选中，须描述）: _____

披露供应商。勾选所有适用项。如有选中一个框，请提供供应商名称。

医疗服务供应商和设施: _____

社会服务供应商: _____

Medi-Cal 计划，包括 IHSS: _____

社区支持供应商: _____

金融机构和供应商: _____

其他（列出供应商类型和名称）: _____

其他（列出供应商类型和名称）: _____

披露个人状况。勾选所有适用项。如有选中一个框，请提供与此人的关系和姓名。

MSSP 出于以下目的而使用或披露参与者的受保护健康信息：

确定参与者的 MSSP 资格、他们的护理管理、健康/社会心理评估以及工作人员的管理目的。

本人了解，本人对本授权享有以下权利：

1. [Name of MSSP site] _____，作为受保护健康信息的接收者不得进一步披露该信息，但[Name of MSSP site] _____获得本人另一项授权或法律允许披露的情况除外。
2. 本人不需要签署本授权书作为获得治疗（即服务）或付款或我有资格获得福利的条件。
3. [Name of MSSP site] _____将向本人提供此授权的副本。
4. 本人可随时以邮寄或亲自向 [Name of MSSP site] _____发送签名的书面撤销通知而撤销此授权。此类撤销将在收到后生效，但 [Name of MSSP site] _____已根据本授权采取行动的情况除外。此类撤销将一直有效，直至本人以书面形式授权发布受保护健康信息，但法律要求或允许发布受保护健康信息的情况除外。
5. 本人了解，无论本人是否要求任何其他撤销，本授权将自本授权之日起两 (2) 年自动失效。
6. [Name of MSSP site] _____不会将受保护健康信息用于营销或因使用或披露本人受保护健康信息而获得补偿。

本授权将于 _____ [specific date] 或自签名之日起 2（两）年失效。如
需在到期日期之前撤销供应商或个人的许可，请在供应商/个人旁边注明到期日期的首
字母和日期。

接受并同意：

_____	_____	_____
印刷体姓名	签名	日期

如由个人代表签署：

_____	_____	_____
关系	地址	电话