使用和/或透露健康資料授權書
獨立收養計劃

我, _____ 生於 _____, 在此授權
親生/合法父母 出生日期

_____ 透露有關以下的資料:
醫生, 醫院, 診所, 學校, 治療師或機構

☐ 我的醫療紀錄, 精神或身體狀況, 護理, 或治療給這機構:

☐ 我孩子(們)_____, 生於_____,
孩子(們)姓名 出生日期
的醫療紀錄, 精神或身體狀況, 護理, 或治療給這機構:

☐ 加州社會服務處 (CDSS)

☐ 委託的郡收養機構

地址:_____

市, 州, 郵遞區號: _____

電話號碼 ( ) _____

發布醫療資料的病人授權書
限制/期限/權利

我授權披露這些基於領養的規劃資料, 並只限於上述的機構. 這授權書只限於下面醫療種類的資料:

☐ 醫療資料和紀錄
☐ 化驗或檢查結果
☐ 其它資料和/或解釋: 學校報告
☐ 心理-社會資料和紀錄

- 本人授權發布我的或小孩的指定醫療資料.
- 我瞭解根據這授權書公布的資料, 可能是領取者再次的公布而不再受聯邦保密法的保護. 但是, 使用和再次公佈的資料是取決於家庭準則第 9200 et seq.欄和第 22 號提案加州規章法典第 35079 et seq.欄和35049 et seq.欄
- 這授權書可能隨時取消. 在你收到取消通知時即時生效, 但不會影響到授權書仍然生效時作出的使用或公佈.
- 這授權書即時生效並且在你簽署日期的一年後失效.
- 影印副本和正本一樣有效.
- 我明白我有權利拿取一份這授權書的影印副本.

簽名: _____ 日期: _____

這份文件符合健康保險調動性和責任性法案(HIPAA)的保密要求.