

**授權代表表格及
披露受保護健康資訊授權書**

您可選擇某人（即您的代表）代您與Alameda Alliance for Health (the Alliance)保持聯絡溝通。

我們將與此位代表合作，有如我們與您合作一樣。您的代表可以就大多數醫療保健事宜代您行使權利，並接獲且披露您的個人健康資訊。

第1部份：授權披露資訊者

授權披露資訊的計畫成員或家長/監護人之姓名

授權披露資訊的計畫成員或家長/監護人之簽名

日期

地址

城市

州

電話

第2部份：Alliance計畫成員

Alliance計畫成員之姓名

Alliance計畫成員證號碼

第3部份：資訊類別

本人授權使用和披露任何個人健康資訊，其中包括：參與治療的醫療保健服務提供者、診斷結果、治療程序、人口普查資訊、保險或福利索償，以及為接受醫療服務而獲得必要的批准或授權。其中還包括相關的心理健康、毒品或酒精濫用以及愛滋病資訊。

此項授權並不授予代表者對治療或直接護理決定的權限；亦不改變Alliance對您的醫療保健服務之處理方式。

第4部份：獲授權的使用和（或）披露

本人指定下面列名者擔任本人和（或）本人成年子女（上面列名之Alliance計畫成員）的代表。本人授權此位代表接獲、討論和披露個人健康資訊。本人確認，此項授權純屬自願。本人明白，我可以隨時按照以下地址以書面形式通知Alliance撤銷此項授權。

第5部份：接受代理指派

本人接受以上指派。

獲授權代表之姓名

組織機構名稱

獲授權代表之簽名

日期

地址

城市

州

電話

請將此表格交還給：
Attn: Care Coordination
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

或者將此表格傳真至：1-855-891-7172