

分享受保護健康及藥物使用資訊之 知情同意書

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

[請以正楷填寫。]

簽署本同意書即表示，您允許將本同意書上列出的您的健康記錄，透過 NJ 兒童護理系統 (CSOC) 的簽約系統管理者 (CSA) PerformCare 營運的安全電腦網絡，披露給您指定的 CSOC 網絡內醫療保健提供者。分享您的醫療保健資訊的目的是為您提供更好、更協調的治療服務。

所有參與 CSOC 的藥物、酒精、心理健康及生理健康護理服務的提供者或其他實體，都將能與您指定的醫療保健提供者分享（披露及接收）其記錄。這包括所有曾經為您提供醫療保健服務的場所。其中包括藥物及酒精計劃、心理健康計劃、心理醫生、診所、醫院、臨床實驗室、藥房、醫生、醫療保險公司、Medicare、Medicaid 等。醫療保健提供者及實體之清單見 PerformCare 網站 www.performcarenj.org。

您簽署本同意書時，將需要做出多項決定。

1. PerformCare 接收之傳入資訊

您將需要說明，您允許哪些醫療保健提供者及實體，透過 PerformCare 管理資訊系統 (MIS) 及電腦網絡，披露您的受保護健康資訊 (PHI)。

本人是 _____，茲此授權
(青少年會員之正楷姓名) (出生日期)

[簽寫姓名首字母以說明適用類別。]

或	授權所有為我提供過評估及/或治療的藥物、酒精及心理健康計劃，以及屬於 CSOC 網絡的其他醫療保健提供者及實體，可以披露/提供我的健康記錄給 PerformCare MIS 及電腦網絡，以便 PerformCare 授權服務，並授權我在下頁中指定的醫療保健提供者及護理管理組織可以存取並使用這些記錄以便為我提供治療。
	僅授權以下為我提供過評估及/或治療的藥物、酒精及心理健康計劃，可以披露/提供我的健康記錄給 PerformCare MIS 及電腦網絡，以便 PerformCare 授權服務，並授權我在下頁中指定的醫療保健提供者及護理管理組織可以存取並使用這些記錄以便為我提供治療。 1.治療機構或組織名稱： 2.治療機構或組織名稱： 3.治療機構或組織名稱：

以上被授權方可以代表 NJ 兒童護理系統透過安全電腦網絡將我的電子健康記錄披露/提供給 PerformCare。

在下方簽寫姓名首字母，即表示我確認：

PerformCare 可接收並獲悉以下資訊：

- | | |
|---|---|
| ☐ 我的姓名及其他個人身份資訊 | ☐ 酒精/藥物治療及心理健康服務的出院計劃 |
| ☐ 我作為酒精及/或藥物治療患者的身份 | ☐ 酒精/藥物治療及心理健康服務的出院日期及出院狀況 |
| ☐ 我的服務需求的初步及後續評估 | ☐ IEP/學校記錄 |
| ☐ 酒精/藥物及心理健康評估結果及歷史記錄的概要 | ☐ 生理健康診斷及治療 |
| ☐ 酒精/藥物治療及心理健康服務計劃與進展的概要 | ☐ 生物心理社會 (BPS) 評估 |
| ☐ 參加酒精/藥物治療及心理健康服務的情況 | ☐ 其他（請注明）： |

2.PerformCare 對外資訊披露

我進一步授權 **PerformCare** 將這些資訊（如上所述）披露給以下 **CSOC** 相關之醫療保健提供者，以便其存取和使用這些記錄，從而為我提供治療：

_____ 護理管理組織 (CMO) _____
(姓名首字母) (注明縣及機構名稱)

醫療管理戒毒及短期住院式服務提供者 (選取所有適用項。)	門診及增強型門診服務提供者 (選取所有適用項。)
☐ New Hope Integrated Behavioral Health Care	☐ Acenda, Inc. ☐ Catholic Charities, Diocese of Metuchen ☐ Center for Family Services ☐ CPC Integrated Health ☐ High Focus Centers ☐ Iron Recovery and Wellness ☐ Maryville, Inc. ☐ Oaks Integrated Care/COPE Center

_____ 我了解，上述醫療保健提供者可以取得的資訊包括 PerformCare 的 MIS 和電腦網絡中存儲的我的所有健康資訊，包括我的藥物或酒精治療記錄、心理健康診斷及治療資訊、
(姓名首字母) 我的 HIV/AIDS 診斷及治療相關資訊，以及與我可能接受過治療的其他疾病有關的任何其他資訊。

分享受保護健康及藥物使用資訊之知情同意書

我了解，我可以隨時撤銷本知情同意，但已根據本同意採取的行動無法撤銷。我亦可以隨時簽署新的同意書，以變更我目前的同意選擇。

我的同意授權的自動失效日期為_____（日期），或自我的授權簽署日期起一年後自動失效。本同意書將持續有效，直至同意書上指定的日期、事件或條件發生為止。

資訊之再次披露

除非州及聯邦法律法規允許，否則本同意書涵蓋的服務提供者/組織不得向他人披露您的任何電子版（或紙本形式）個人健康資訊。聯邦法規禁止對這些資訊進行進一步披露，除非獲得書面同意明確許可進一步披露，或根據 42 CFR Part 2 取得其他許可。

我了解，如果我拒絕簽署本表，我不會被拒絕提供服務。

我有權在簽名後收到本表副本。

青少年會員簽名：

日期：

見證人簽名（如果青少年無法親自簽名）：

日期：

家長/監護人（適用於未滿 13 歲之青少年會員）：我在下方簽名即表示我授權分享第 1 頁所列青少年會員的 PHI。（適用於關於青少年會員特定心理健康狀況或 HIV/AIDS 之診斷或治療資訊的披露。）

簽名：

日期：

正楷姓名：

與青少年會員之關係：

不正當/不適當地存取或使用您的電子健康資訊可能將會受到處罰。如果您認為有人不當接收或存取了您的健康資訊，請聯絡 PerformCare 電話 **1-877-652-7624**，並要求與品質部門代表通話。