

知情同意书：共享受保护健康及物质使用信息

[请用正楷书写。]

您签署本同意书即表示您允许将本表所列健康记录通过新泽西州儿童医疗护理体系 (NJ Children's System of Care, CSOC) 的签约系统管理员 (Contracted System Administrator, CSA) PerformCare 运营的安全计算机网络，向您指定的 CSOC 网络内医疗保健提供者进行披露。共享您的医疗保健信息旨在为您提供更为优质、协调更佳的治疗。

所有参与 CSOC 的药物、酒精、心理健康和身体保健提供者或其他实体，均可与您指定的医疗保健提供者共享（披露和接收）记录。这包括所有曾为您提供服务的地方。这包括药物和酒精项目、心理健康项目、心理学家、诊所、医院、临床化验室、药房、医生、医疗保险公司、联邦医疗保险 (Medicare)、联邦医疗补助 (Medicaid) 等。如需查看医疗保健提供者及机构的完整名单可访问 PerformCare 官网：www.performcarenj.org。

签署本同意书时，您需要做出若干决定。

1.PerformCare 接收的信息

您需要确定允许 PerformCare 管理信息系统 (Management Information System, MIS) 和计算机网络向哪些医疗保健提供者和实体披露您的受保护健康信息 (protected health information, PHI)。

本人， (请正楷书写未成年会员姓名) (出生日期)，特此授权

[请在适用类别处签署姓名首字母缩写。]

或	本人授权所有曾为我提供评估和/或治疗的药物、酒精及心理健康项目，以及 CSOC 网络中的其他医疗保健提供者和机构，向 PerformCare 管理信息系统及计算机网络披露/提供我的健康记录，以便 PerformCare 授权服务，并允许本人在下一页指定的医疗保健提供者和护理管理机构查看并使用这些记录以便为我提供治疗。
	仅允许将以下药物、酒精及心理健康项目的本人评估和/或治疗记录披露/提供给 PerformCare 管理信息系统 (MIS) 及计算机网络，以便 PerformCare 授权服务，并允许本人在下一页指定的医疗保健提供者和护理管理机构查看并使用这些记录以便为我提供治疗。
	1.治疗机构或组织名称:
	2.治疗机构或组织名称:
	3.治疗机构或组织名称:

授权通过安全计算机网络向新泽西儿童医疗护理体系代表人 PerformCare 披露/提供本人的电子健康记录。

本人在此签署姓名首字母缩写以确认：

以下信息可能被披露给 PerformCare 并由其接收：

- _____ 本人姓名及其他个人身份信息

_____ 本人作为酒精和/或药物治疗患者的身份

_____ 针对本人服务需求的初步及后续评估

_____ 酒精/药物及心理健康评估结果与病史摘要

_____ 酒精/药物治疗及心理健康服务计划摘要与进展

_____ 酒精/药物治疗及心理健康服务的参与情况

_____ 酒精/药物治疗及心理健康服务的出院计划

_____ 酒精/药物治疗及心理健康服务的出院日期与出院状态

_____ 个别化教育计划 (IEP)/学校记录

_____ 身体健康诊断与治疗

_____ 生物-心理-社会 (BioPsychoSocial, BPS) 评估。

_____ 其他（请注明）：
- 2.PerformCare 信息披露授权书
- 本人特此授权 PerformCare 向以下 CSOC 关联医疗保健机构披露上述信息，以便其获取并使用相关记录为本人提供治疗：
- _____ 护理管理机构 (Care Management Organization, CMO)

(姓名首字母缩写)

(注明郡县名及机构名称)
- | 医疗管理戒毒及短期住院服务提供者
(可多选。) | 门诊及强化门诊服务提供者
(可多选。) |
|--|--|
| <div>☐ 新希望综合行为健康护理 (New Hope Integrated Behavioral Health Care)</div> | <div><div>☐ 埃森达有限公司 (Acenda, Inc.)</div><div>☐ 梅图钦教区天主教慈善机构 (Catholic Charities, Diocese of Metuchen)</div><div>☐ 家庭服务中心 (Center for Family Services)</div><div>☐ CPC 综合健康中心 (CPC Integrated Health)</div><div>☐ 聚焦中心 (High Focus Centers)</div><div>☐ 艾伦康复与健康中心 (Iron Recovery and Wellness)</div><div>☐ 玛丽维尔公司 (Maryville, Inc.)</div><div>☐ 橡树综合护理/COPE 中心 (Oaks Integrated Care/COPE Center)</div></div> |
- _____

(姓名首字母缩写)

本人理解，上述医疗保健提供者可获取的信息包括 PerformCare 管理信息系统及计算机网络中存储的所有本人的健康信息，涵盖药物或酒精治疗记录、心理健康诊断与治疗信息、HIV/艾滋病相关诊断治疗信息，以及其他本人曾接受治疗的病症信息。
- 第 2 页，共 3 页

知情同意书：共享受保护健康及物质使用信息

本人理解，除已采取行动的部分外，本人可随时撤销本同意书。本人还可随时签署新的同意书，更改当前的同意选择。

本授权同意书将于_____（日期）或签署授权之日起一年后自动失效。本同意书将持续有效，直至同意书上指定的日期、事件或条件发生。

信息再披露 任何关于您的电子（或纸质）个人健康信息，除州和联邦法律法规允许的情况外，均不得由本同意书所涵盖的提供者/机构向他人再次披露。联邦法规禁止进一步披露此类信息，除非获得书面同意明确允许或根据《联邦法规汇编》第 42 卷第 2 部分 (42 CFR Part 2) 另有规定。 本人理解，即使拒绝签署此表格，也不会因此而被拒绝获得服务。 本人有权在签署后获得此表格的副本。	
未成年会员签名：	日期：
见证人签名（若未成年会员无法亲自签署）：	日期：
父母/监护人（针对未满 13 周岁的未成年会员）： 本人在下方签名即表示本人授权按照第 1 页所述分享该未成年会员的 PHI。（适用于披露未成年会员特定心理健康状况的诊断或治疗信息，或 HIV/艾滋病治疗相关信息。）	
签名：	日期：
正楷书写姓名：	与未成年会员的关系：

若存在不正当或不合宜访问或使用您的电子健康信息的行为，可能面临处罚。若您认为有人不当获取或访问了您的健康信息，请致电 PerformCare 客服热线**1-877-652-7624**，并要求与质量部门代表通话。