

關於治療、付款和健康護理操作中藥物使用障礙記錄的披露同意書

聯邦法律可保護與您的診斷、治療或轉介治療相關的藥物濫用障礙記錄「SUD 記錄」的機密性。您的同意出於自願。當您同意並簽署此同意書時，Kaiser Permanente 可為治療、健康護理操作之目的共享您的 SUD 記錄，直至您撤回同意為止。

您可以在 Kaiser Permanente 的保護私隱通知 [<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/privacy-practices>] 中，閱讀更多關於 Kaiser Permanente 可能在未經您同意的情況下使用或共享您的 SUD 記錄的其他原因詳情。如果您對本同意書的含義有任何疑問或疑慮，請向您的治療師或工作人員詢問更多資訊。

定義

「Kaiser Permanente」指 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.（凱薩基金會保健計劃公司）、Kaiser Foundation Hospitals（凱薩基金會醫院）、Permanente 醫療團體 及其各自的子公司，包括營運和管理 Part 2 項目的機構。

「SUD 記錄」指由 Kaiser Permanente Part 2 項目創建、接收或獲取的，關於您的任何個人可識別資訊，其定義如 42 C.F.R. 第 2.11 條所述，且與藥物濫用障礙的診斷、治療或轉介治療相關。

我們為何請求您的同意

根據聯邦法律，在大多數情況下，Kaiser Permanente 的 Part 2 項目「Part 2 項目」必須在發送您的 SUD 記錄給 Part 2 項目以外的人員之前，先獲得您的簽署同意。Kaiser Permanente 可能無需您同意即可共享您的資訊的例外情況包括：

- 您正經歷醫療緊急情況
- 我們懷疑您遭受虐待或忽視
- 我們收到法院命令要求發布您的 SUD 記錄

關於本同意書

您可以使用本同意書同意或拒絕同意 Kaiser Permanente Part 2 項目為治療、支付和醫療保健目的而發布您的 SUD 記錄。此同意將適用於共享您的 SUD 記錄，以便針對提供給您的 SUD 相關保健計劃收取費用、協助協調您的護理和個案管理，以及用於 Kaiser Permanente 的質量保證或患者安全監測，開展合規性監管活動。

共享您的 SUD 記錄

根據 45 C.F.R. 第 160 及 164 部分之 HIPAA 隱私規則，Kaiser Permanente「定義如上」可能為治療、付款及健康護理之目的，與他人共享您的 SUD 記錄。若您 SUD 記錄的接收方是前述 HIPAA 隱私規則所定義的受保護實體或業務夥伴，則允許該等接收方為治療、付款及健康護理操作之目的使用及重新披露/共享此類資訊。由此重新披露/共享的 SUD 記錄，可能不再受 42 C.F.R. 第 2 部分的保護。

您簽署的同意書

簽署本同意書，即表示您同意 Kaiser Permanente 可依據此單一同意，允許 Part 2 項目未來為治療、付款或健康護理操作之目的進行的所有使用及披露。這些目的允許將您的 SUD 記錄共享給您的治療提供者、保健計劃、第三方付款人，以及協助我們運營 Part 2 項目的其他人員。

排除在本同意書範圍之外的披露

聯邦法律明確禁止 Kaiser Permanente 「定義如上」將您的 SUD 記錄用於或披露/共享於針對您的民事、刑事或行政訴訟，除非您書面同意共享該等記錄，或法院命令要求披露。

拒絕同意披露您的 SUD 記錄

若您拒絕簽署本同意書，可能會使我們更難與其他醫療保健提供者協調您的健康護理，並就所提供的護理獲得付款。這也可能對您的患者體驗產生負面影響，因為限制我們共享您的 SUD 記錄，可能導致與其他健康護理提供者、保健計劃或第三方付款人共享的資訊不完整或不準確。我們也可能需要將您轉介至 Kaiser Permanente Part 2 項目之外的提供者，以獲得 SUD 治療服務。

撤回或撤銷您的同意

您有權隨時撤回本同意。若您選擇撤回同意，您或您的個人代表必須向當地 ROI 部門提交書面申請。

我們收到您的授權撤回表後，Kaiser Permanente 將不再為治療、付款或健康護理操作之目的披露或共享任何 SUD 記錄，除非適用例外情況「例如，醫療緊急情況」，或法律或法院要求 Kaiser Permanente 共享您 SUD 記錄中的特定資訊，或您已就特定用途另行提供書面同意以使用或披露/共享您的 SUD 記錄。請注意，Kaiser Permanente 無法收回或撤銷在您簽署的同意書生效期間已發生的 SUD 記錄披露。若您撤回同意，我們可能也需要將您轉介至 Kaiser Permanente Part 2 項目之外的提供者，以獲得 SUD 治療服務。

同意的有效期與失效

您的同意將持續有效，直至 Kaiser Permanente 不再保存您的 SUD 記錄，或直至您撤回同意為止，除非州法律對您同意的有效期限另有規定。

報告機構

根據民事法典第 1785.27 條，本醫療債務合約的持有人禁止向消費者信用報告機構提供與此債務相關的任何資訊。除法律允許的任何其他處罰外，若任何人明知違反該條款而向消費者信用報告機構提供有關此債務的資訊，則該債務應屬無效且不可強制執行。

姓名 _____

MRN # _____

醫療財務補助

您可能有資格獲得醫療財務補助（MFA），以幫助支付您的 Kaiser Permanente 醫療帳單。我們將核實您的收入，以確定您是否有符合 MFA 或其他聯邦、州及私人援助計劃的資格。若您未提供收入證明，Kaiser Permanente 將使用其他來源的資訊。在我們將任何未付醫療帳單轉交催收之前，我們會查明您是否符合援助的資格。如果您符合 Kaiser Permanente MFA 援助資格，您將會收到通知信函。可選擇是否參與 MFA 計劃。如果您不想參與，請致電 1-800-390-3507 (TTY 711) 聯絡我們。如果您選擇退出，您將需要支付您的未結餘額。

[同意披露您的 SUD 醫療資訊](#)[拒絕同意披露 SUD 醫療資訊](#)

姓名 _____

MRN # _____

同意披露您的 SUD 醫療資訊

在下方空白處簽署您的姓名，即表示您確認並同意您已閱讀並理解本文件，並且您據此提供單一同意，允許 **Kaiser Permanente** 為上述治療、付款及健康護理操作之目的，向您的治療提供者、保健計劃、第三方付款方以及協助營運 **Kaiser Permanente Part 2** 項目的人員，未來對您的 SUD 記錄進行的所有使用與披露。

若本同意書由父母/監護人或個人代表簽署，請填寫父母/監護人或個人代表之姓名及其與患者之關係。「注意：若接受照護者為未成年人，則父母或法定監護人確認已閱讀並理解本文件，並授權披露此類資訊。未成年人及其父母/法定監護人均須在下方簽署。在某些情況下，未成年人可不經父母許可自行同意治療並授權披露其治療相關信息，在此情況下僅未成年人須在下方簽署。」¹

患者姓名「印刷體」	簽名	日期
-----------	----	----

患者父母/監護人姓名「印刷體」 「如適用」	簽名	日期
--------------------------	----	----

法定授權人姓名 代表患者簽署「印刷體」 「如適用」	簽名	日期
---------------------------------	----	----

¹ 「參見，[Cal.Fam.Code § 6929 \(West\)](#)，(b) 年滿 12 歲或以上的未成年人，可同意接受與藥物或酒精相關問題的診斷和治療相關的醫療護理和諮詢。(c) 根據本條授權的未成年人治療計劃，應酌情讓未成年人的父母或監護人參與，具體由治療該未成年人的專業人員或治療機構決定。

拒絕同意披露 SUD 醫療資訊

本人不同意 Kaiser Permanente 向我的治療提供者、保健計劃、第三方付款方以及協助營運 Kaiser Permanente Part 2 項目的人員，為所有未來之用於治療、付款和健康護理操作之目的，披露或共享全部或部分我的 SUD 記錄。本人理解，此項拒絕不影響 Kaiser Permanente 根據適用法律「如保護私隱通知所述」在無需我同意的情況下被允許或要求進行的任何使用或披露，亦不影響其根據我在另一份獨立、特定的授權書或同意書中給予的同意而使用或披露/共享我的資訊的能力。

「注意：若接受照護者為未成年人，則父母或法定監護人確認已閱讀並理解本文件，並拒絕授權此類披露。未成年人及其父母/法定監護人均須在下方簽署。在某些情況下，未成年人可不經父母許可自行同意治療和付款或拒絕治療，在此情況下僅未成年人須在下方簽署。」²

患者姓名「印刷體」	簽名	日期
-----------	----	----

患者父母/監護人姓名「印刷體」 「如適用」	簽名	日期
--------------------------	----	----

法定授權人姓名 代表患者簽署「印刷體」 「如適用」	簽名	日期
---------------------------------	----	----

² 「參見，[Cal.Fam.Code § 6929 \(West\)](#)，(b) 年滿 12 歲或以上的未成年人，可同意接受與藥物或酒精相關問題的診斷和治療相關的醫療護理和諮詢。(c) 根據本條授權的未成年人治療計劃，應酌情讓未成年人的父母或監護人，具體由治療該未成年人的專業人員或治療機構決定。