

## 公開資訊授權書

我們理解，有關您和您健康的資訊屬於隱私，我們承諾對該資訊保密。基於此承諾，我們必須獲得您的特別授權，才能出於下述目的而使用或揭露您的受保護健康資訊。本授權書提供該授權，並可協助我們確保您完全知悉有關使用或揭露此資訊的方式。在簽署本授權書前，請詳細閱讀下述資訊。請勿簽署空白的授權書。

### 特別事項

- 透過簽署本授權書，您授權使用或揭露您的受保護健康資訊。如果法律不要求本授權書所述之接受者對資訊保密，此資訊就有可能被再次揭露。
- 如果您授權可公開 HIV 相關資訊、精神病和 / 或戒酒或戒毒治療等資訊，您應當明白除非聯邦或州法律允許，否則接受者若未獲得您的授權將不得再次揭露其中任何資訊。您還有權索取可能未經授權而獲得或使用此特定資訊者的名單。如果您由於 HIV 相關資訊的公開或揭露而受到歧視，請致電 (212) 870-8624 與紐約州人權處 (New York State Division of Human Rights) 聯絡，或致電 (212) 566-5493 與紐約市人權委員會 (New York City Commission of Human Rights) 聯絡。這些機構負責保護您的權益。
- 除了 1996 年的健康與保險便利與責任法案 (HIPAA) 之外，心理健康資訊的公開將遵循紐約心理衛生法案第 33.13 和 33.16 款，酒精與物質濫用資訊的公開將遵循聯邦法典第 42 章第 2 部分、聯邦法典第 45 章第 160 和 164 部分和紐約保密法案。

您的權利有：

- 您可以拒絕簽署本授權書。如果您不簽署本授權書，您的健康照護、您的健康照護支付和您的健康照護福利都不會受到影響。
- 您可以依據醫院的規定，要求查看和複製本授權書所述之資訊。
- 如果您簽署本授權書，您有權在任何時候撤銷它，但醫院已經依據您的授權而採取的行為除外。如需撤銷本授權書，請致函：Privacy Officer / The New York Eye and Ear Infirmary, 310 East 14 Street, New York, New York 10003。

