



ND RYAN WHITE 计划 B 部分的健康信息披露
NORTH DAKOTA 州卫生部
性传播疾病和血源传播性疾病司
修订日期 2021 年 7 月

我, _____, 授权 “ND Ryan White 计划” 工作人员或其代理人 与所列出的医疗保健提供者讨论本人的病案和诊断 (如有必要), 以接受并维持本人可能有资格获得的服务:

- | | |
|------------------------|----------------|
| 病案主管 | 律师 |
| 县财务工作者 | ND Medicaid 代表 |
| 医师 | 诊所工作人员 |
| 保险注册助理 | 保险提供商 |
| 其他医疗保健提供者 (药剂师、牙医等) | 社工 |

我还授权 “ND Ryan White 计划” 向私人保险公司和雇主查询本人可能拥有的健康或牙科保险。本授权的唯一目的是获取相关资格信息和保费信息, 以协助支付保险费并确保获得相应的健康保险。

本授权自签名之日起一年有效。我可以随时致函 “ND Ryan White 计划” 撤销本授权。如果撤销本授权, “ND Ryan White 计划” 工作人员和上述指定人员仍然可以使用撤销授权日期之前已披露的信息。

我知道, 本人相关信息受州和联邦隐私法保护。我知道, 除法律规定外, 未经本人同意不得披露这些信息。

我知道, 签署本授权表并非必须。如果选择不签署本表, 提供给本人的服务可能会受到限制或缩减。如果签署本表, 本人有权收到一份完整授权书副本。

| | |
|----------|----|
| 客户/监护人签名 | 日期 |
| 病案主管签字 | 日期 |