客戶首字母簽名：_____ 日期：_____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

物質濫用預防和控制

物質使用障礙健康資訊披露補充授權個人/實體

文件目的：本表格屬非強制性，僅應在《聯邦法規彙編》第 42 編第 2 部（42 CFR Part 2）允許的範圍內，用於授權除附件中「資訊揭露同意書」（Release of Information，ROI）表格所列實體外，額外指定的個人或實體分享您的受保護物質使用障礙（SUD）健康資訊。附件 ROI 所載的目的、限制及條款均適用於本文件，包括生效日期、到期日期或期限，以及撤銷日期。本表格須於簽署 ROI 時填妥，並附於該份 ROI 上。本表格不得增補至現有 ROI 中，亦不得與現有 ROI 一併使用。

請在下文註明您要將授權個人或實體新增至哪一份 ROI 中：

☐SAPC 治療與照護協調資訊揭露授權書 **或** ☐SAPC 法律程序資訊揭露授權書

I. 客戶資訊			
姓名（姓、名、中間名）：	出生日期：	Medi-Cal 編號：	Sage ID 編號：

II.獲授權共享健康資訊的實體

請於下方空白處填寫您授權披露受保護 SUD 資訊的其他個人及/或實體的聯絡資訊，該資訊須與您所附的 ROI 表格上所載內容相符。

1. 實體名稱：_____
   地址：_____
   電話號碼：_____ 傳真號碼：_____
   電子郵件：_____ 網站：_____

2. 實體名稱：_____
   地址：_____
   電話號碼：_____ 傳真號碼：_____
   電子郵件：_____ 網站：_____

3. 實體名稱：_____
   地址：_____
   電話號碼：_____ 傳真號碼：_____
   電子郵件：_____ 網站：_____

4. 實體名稱：_____
   地址：_____
   電話號碼：_____ 傳真號碼：_____
   電子郵件：_____ 網站：_____