

如果您不想分享自己的心理健康或艾滋病相关信息（并且之前未填写过此表格），请勿对此表格进行任何操作。您始终可以邀请任何医护人员查看您的信息。仅在您需要医疗急救的情况下，其他相关医护人员才能查看您的信息。

如果您想使用 HealthInfoNet 与相关医护人员分享自己的心理健康或艾滋病相关信息，请勾选下面信息对应的方框，任选其一或两者都选皆可。

- 我愿意与相关医护人员分享自己的心理健康信息。
I want to share my mental health information with my providers.
- 我愿意与相关医护人员分享自己的艾滋病信息。
I want to share my HIV/AIDS information with my providers.

如果您过去已同意分享此信息，现在也可进行更改。若要停止通过 HealthInfoNet 与相关医护人员分享此信息（紧急情况除外），请勾选下面信息对应的方框，任选其一或两者都选皆可。

- 我不愿意与相关医护人员分享自己的心理健康信息。
I DO NOT want to share my mental health information with my providers.
- 我不愿意与相关医护人员分享自己的艾滋病信息。
I DO NOT want to share my HIV/AIDS information with my providers.

如果您想从 HealthInfoNet 中删除自己的所有健康信息（紧急情况也不例外），请填写“退出”表格，该表格可以从 www.hinfonet.org/optout 上下载或向相关医护人员索要。

名字(First Name) 中间名(Middle Name) 姓氏(Last Name)

地址(Address) 城市(City) 州(State) 邮政编码(Zip Code)

性别: 男 (Male) 女 (Female) 出生日期: ____ / ____ / ____ 月 / 日 / 年 社会保险号码 - 选填 (SS# - optional)

日间电话(Daytime Telephone) 电子邮件(Email)

患者或监护人签名 (Signature of Patient or Guardian) 日期 ____ / ____ / 20____ 月 / 日 / 年 (Date)

To be signed by Healthcare Provider, Notary Public, or HealthInfoNet Staff
请医护人员、公证员或 HealthInfoNet 工作人员签字

On ____ / ____ / 20____, I attest that the above signer is personally known to me or established his/her identity by presenting government-issued photo identification.

Signature

Print Full Name

Employer/Organization

请医护人员、公证员或 HealthInfoNet 的工作人员填写上面方框中的内容并签字，同时向他们出示政府签发的附有照片的有效身份证件。请您将签过字的表格邮寄到 HealthInfoNet, 125 Presumpscot Street, Box 8, Portland, ME 04103 或者传真给我们（传真号码 1-207-541-9258）。如果您有任何疑问或找人给表格签字时需要任何帮助，请拨打 1-866-592-4352 或发送电子邮件至 info@hinfonet.org。