

### 酒后驾驶 (DUI) 转诊状态更新

**收件人:** 酒精和其他药物筛查专员姓名:  
电话: 传真:  
**寄件人:** 酒后驾驶服务提供商:  
电话: 传真:  
**日期:**

#### 客户信息:

姓名:  
出生日期: 俄勒冈州驾照号码:

#### 转诊状态:

- 尚未参与有关服务。  
 评估预约定于:  
 目前参与酒后驾驶教育计划。  
 目前参与酒后驾驶康复计划。  
 因未能成功完成有关服务而被解雇的时间:  
 成功完成有关服务的时间:

#### 签名

填写表格人士签名 日期

填写表格人士之正楷姓名 职衔

电话号码 电子邮件地址

#### 禁止再次披露物质使用障碍信息的通知:

此处披露之信息来自受联邦保密规则（《联邦法规》第 42 篇第 2 部分）保护的记录。根据联邦规则，您不得进一步披露本记录中通过查阅公开资料或由另一人核实该身份的方式可直接识别患者患有或曾患有药物使用障碍的信息，但获被披露信息的个人的书面同意或《联邦法规》第 42 篇第 2 部分另有规定，明确允许进一步披露则除外。即使拥有发布医疗或其他信息的一般授权也不得做出披露（见第 2.31 段）。

联邦规则限制使用有关信息来调查或起诉患有药物使用障碍的任何患者的罪行，但第 2.12(c)(5) 和 2.65 段存在相关规定则除外。