



### 三藩市公共衛生局錄像同意/發表授權書

被錄像的個人*（工整書寫）	
出生日期*	病曆號（如果是病患）
地址	
電話	語言
電子郵件	

未能提供標記為\*的所有資訊可能會使此授權書無效

本人\*（工整書寫），\_\_\_\_\_（又名）\_\_\_\_\_同意並授權三藩市公共衛生局 (SFPDH)、其員工和/或代理人對本人（或本人家屬）進行錄像，以用於協助科學治療、教育、公共溝通和/或慈善目的。錄製品是指可識別身份的相片、數位影像、掃描、照片、錄影帶、電腦訊息、影像（紙質或電子）或錄音。

- 本人明白，授權此錄像純屬自願。
- 本人明白，如果本人拒絕簽名，本人將不會被拒絕接受治療、醫療保險參保或獲得福利的資格。
- 本人明白，本人有權獲得此授權的副本。
- 本人明白，因此授權而公開的資訊可能會被查看或接收此錄像的個人、機構或公眾重新公開。
- 本人明白，本人可以隨時要求停止錄像。
- 本人也明白，當本人授權或取消授權時，其將自該日起生效，並且不可追溯。**透過此授權發表錄像後，本人明白即使本人取消授權， SFPDH也可能無法阻止其他人（包括公眾）觀看本人的錄像。**
- 本人明白，本人將不會因使用或發表本人的錄像而獲得報酬。
- 失效日期\***：除非本人取消預授權，否則此預授權將在下方簽署的日期失效。如果沒有指定日期，授權將自授權日期起一年後失效。
- 本人特此保證三藩市公共衛生局、其員工和參與此錄像的代理人不會因與此錄像相關的任何索賠而受損。

發表目的/本人特此授權使用或公開錄像和發表*			
獲授權在三藩市公共衛生局(SFPDH)以外接收資訊的個人/組織*			
授權日期*	授權時間	失效日期*	
授權人簽名*		授權人的工整書寫姓名（如非被錄像的個人）*： _家長_ 監護人 _其他：_____	
見證人簽名	見證人工整書寫姓名	口譯員簽名	口譯員工整書寫姓名
三藩市公共衛生局(SFPDH)簽名（獲得授權的員工/代理人）		工整書寫姓名（獲得授權的員工/代理人）	

