

HIPAA 에 따른 건강 정보 공개 동의

환자 성명	생년월일	부모 아이디 번호
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보의 공개를 요청하는 바입니다: 뉴욕주법 및 1996 년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호 조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

1. 이 동의에는 제가 7 항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **주류 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 7 항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건정신위생청 (“DOHMH”) 및 뉴욕시 교육청(“DOE”)에 이런 정보의 공개를 구체적으로 승인합니다.

2. 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 공개를 승인한 경우, 보건정신위생청은 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 허가 없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)에 전화 (212) 480-2493 번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.

3. 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소함을 알릴 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

4. 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용 납부, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.

5. 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2 항에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.

6. 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건 및 정식 위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 허가합니다.

* AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공중 보건법은 어떤 특정인이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 타당하게 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

**상기 9 항에 만료일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.

7. 공개 및 논의될 특정 정보:

모든 건강관련 정보(서면 및 구두). 여기에는 환자의 병력, 오피스 노트(심리치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 나의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 포함

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고

논의하십시오: _____

(의료 기록 전체가 공개되는 것을 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오. 아래의 박스 9에는 본 양식의 유효기간을 적으십시오.)

다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)

_____알콜/약물 치료 정보 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관: _____

_____정신 건강 정보

8. 정보 공개 승인 이유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:

9. 이러한 승인은 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자가 DOE에서 운영하고 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 재학하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다. **:

10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:

11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:

저는 본 양식의 모든 항을 작성하였고, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 양식 사본도 받았습니다.

환자 또는 법으로 허가된 대리인의 서명

날짜