



건강 정보 공개(알코올/약물 치료, 정신 건강 정보, 기밀 HIV/AIDS 관련 정보 포함) 동의서

섹션 I. 환자 정보

Table with 2 rows and 3 columns: Patient Name, Birth Date, Medical Record #, Patient Address, Phone #, Email Address.

섹션 II. 동의 정보

본 양식에 명시된 대로 본인 또는 본인의 권한을 위임받은 대리인은 본인의 케어 및 치료에 관한 건강 정보의 공개를 요청합니다.

- 1. 본 동의서는 물질 사용 장애 치료, 정신 건강 치료, 기밀 HIV/AIDS 관련 정보를 포함한 모든 보호 대상 건강 정보 공개에 대하여 사용할 수 있습니다.
2. 정신 건강 임상 기록의 정보는 본 동의서에 따라 정보에 대한 명백한 요구가 있는, 본 문서에 명시된 당사자들에게 공개될 수 있습니다.
3. 일부 예외를 제외하고, 일단 공개된 건강 정보는 수령인에 의해 다시 공개될 수 있습니다.
4. 본인은 아래 9항에 명시된 제공자 또는 기관에 서면으로 언제든지 이 동의 내용을 철회할 권리가 있습니다.
5. 본 동의서는 전자 서명 기록법(Electronic Signatures and Records Act)에 따라 전자 방식으로 작성하고 서명할 수 있으며 제공자의 전자 건강 기록(EHR)을 이용한 서명도 가능합니다.
6. 본 동의서에 서명하는 것은 본인의 자발적 의사에 의한 것입니다.
7. 본인은 본 양식의 모든 항목을 작성해야 합니다.
8. 본 양식에 관한 본인의 질문은 답변받았으며 해당 양식 사본도 제공받았습니다.

☐ 환자가 사본을 거부함



건강 정보 공개(알코올/약물 치료, 정신 건강 정보, 기밀 HIV/AIDS 관련 정보 포함) 동의서

섹션 III. 정보 공개

9. 이 정보를 공개할 권한이 있는 제공자의 성명과 연락처 정보:

10. 이 정보를 제공받는 당사자(들)의 성명과 연락처 정보:

11. 정보 공개 목적: _____

12. 본인에 의해 이전에 취소되지 않은 한, 본인의 건강 정보 공개에 대한 본 동의서는 아래에 명시된 사건 또는 날짜에 만료됩니다.

섹션 IV. 건강 정보

13. 본인은 다음의 보호 대상 건강 정보 공개에 대하여 동의합니다.

_____부터(날짜 삽입) _____까지(날짜 삽입) 본인의 의무 기록(Medical Record) 일부

전체 의무 기록으로 환자 병력, 진료 기록(별도의 심리 치료 기록은 예외), 검사 결과, 방사선 검사 기록, 필름, 의뢰서, 협진, 청구 기록, 보험 기록, 다른 의료 서비스 제공자가 본인에게 보낸 기록을 포함.

기타(구체적으로 명시): _____

정신 건강 치료, SUD 치료, HIV/AIDS 관련 정보를 공개하려면, 공개하고 싶은 특정 정보에 대하여 아래에 있는 체크 박스에 체크하고, 이니셜과 날짜를 기재해야 합니다.

정신 건강 프로그램 임상 기록* 이니셜: _____ 날짜: _____

SUD 치료 프로그램의 기록 이니셜: _____ 날짜: _____

HIV/AIDS 관련 정보 이니셜: _____ 날짜: _____

섹션 V. 서명

14. 환자 또는 개인 대리인의 서명: _____

15. 날짜: _____

16. 환자 성명(정자체): _____

17. 환자가 아닌 경우, 개인 대리인의 성명(정자체): _____

18. 환자를 대리하여 서명하는 개인 대리인의 권한 자격: _____

이 양식은 DOH2557, DOH5032 또는 OMH 11 대신 사용할 수 있으며, 뉴욕주 정신건강국(NYS Office of Mental Health)에서 승인을 받아 건강 정보 또는 정신 건강 임상 기록의 공개를 허용합니다. 단, 이 양식은 의료 서비스 제공자가 건강 정보를 공개할 것을 요구하지 않습니다. 이 양식을 통해 공개된 물질 사용 장애 치료, 정신 건강 치료 또는 기밀 HIV 관련 정보에는 반드시 재공개 금지에 관한 필수 문구가 첨부되어야 합니다.