

서비스 제공자/시설 이름

알아야 할 사항

귀하는 이전에 동의서에 서명함으로써 이 의료 서비스 제공자가 귀하의 Medicaid 및 정신과 서비스 및 임상 개선 시스템(PSYCKES) 온라인 데이터베이스에 있는 기타 건강 정보에 접근할 수 있는 권한을 부여했습니다.

이 서비스 제공자와 귀하의 치료를 담당하는 직원이 더 이상 귀하의 정보를 보지 못하게 하려면 이 동의 철회서를 작성하고 서명해야 합니다. 완료되면 이 양식에 서명하고 반환하십시오.

- 1 이 의료 서비스 제공자는 PSYCKES를 통해 귀하의 건강 정보에 접근할 수 없습니다. 예외:
 - 응급상황 시 또는
 - 주정부 및 연방정부 기밀유지 법규에서 허용하는 경우 예를 들어, Medicaid가 귀하의 의료 서비스의 질에 대해 우려하는 경우, 서비스 제공자가 귀하가 적시에 올바른 치료를 받고 있는지 판단하기 위해 PSYCKES에 접근할 수 있습니다.¹
- 2 서비스 제공자가 다른 방법으로 귀하의 의료 정보에 접근할 수 있습니다. 예를 들어, 동일한 법규에 따라 다른 서비스 제공자로부터 귀하를 치료하는 데 필요한 정보를 얻을 수 있습니다.
- 3 이 동의 철회는 귀하의 동의가 유효했던 동안 공유된 건강 정보에 영향을 미치지 않습니다.
- 4 귀하가 동의를 철회했다는 이유로 의료 및 건강 보험 보장에 대한 접근 권한은 변경되지 않습니다. 귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하가 받는 서비스에 대해 보험 회사에 계속 청구서를 제출할 것입니다.
- 5 귀하는 언제든지 새 PSYCKES 동의서를 작성할 수 있습니다. 양식은 서비스 제공자로부터 구할 수 있고 양식을 작성하고 서명한 후 반환해야 합니다.
- 6 이 양식에 서명하고 제출하면 사본이 제공됩니다.

필요한 사항

아래 요청한 정보를 기입하고 이 양식을 서비스 제공자에게 제공하십시오.

환자의 정자체 이름

환자의 생년월일

환자의 Medicaid ID 번호

환자 또는 환자의 법정 대리인의 서명

날짜

법정 대리인의 정자체 이름(해당되는 경우)

법정 대리인과 환자와의 관계(해당되는 경우)

¹ 법규에는 뉴욕 정신위생법 33.13항, 뉴욕 공중보건법 27-F조 및 42 CFR 파트 2 및 45 CFR 파트 160 및 164("HIPAA"라고도 함)를 비롯한 연방 기밀유지 규정이 포함됩니다.