

HIPAA 에 따른 건강 정보 공개 동의

환자 성명	생년월일	사회 보장 번호 (Social Security Number)
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 보호조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

- 1 이 동의에는 제가 아이템 9(a) 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **알콜 및 약물 남용**, 정신테라피 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 아이템 9(a)의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우 본인은 아이템 8 에 명시된 사람(들)에게 해당 정보의 공개를 구체적으로 승인합니다.
- 2 만일 제가 HIV 관련, 알콜 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 공개를 승인한 경우, 이것을 받은 사람은 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 제 허가없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV 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 다음에 열거된 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 정보 수령자(제 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 그 직원, 에이전트 및 컨트랙터 들에게 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 허가합니다.

7. 공개 대상 정보:	
<input type="checkbox"/> 다음 기간 동안의 의료 기록 (날짜 기입) _____ 에서 (날짜 기입) _____ 까지	
<input type="checkbox"/> 환자 병력, 진료 노트 (정신과 치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 기타 의료 서비스 제공자가 귀하에게 보낸 기록 등을 포함한 의료 기록 전체.	
<input type="checkbox"/> 기타: _____ 다음과 같은 내용 포함: (해당되는 것에 이니셜 하십시오)	
<input type="checkbox"/> 알콜/약물중독 치료	
<input type="checkbox"/> 정신건강 정보	
<input type="checkbox"/> HIV-관련 정보	
8. 정보 공개 승인 이유:	9. 본 승인의 효력은 여기에 달리 명시되지 않은 한, 환자나 환자 대리인이 본 승인서에 서명한 날짜로부터 일(1)년 후 소멸됩니다:
<input type="checkbox"/> 개인의 요청	_____
<input type="checkbox"/> 기타: _____	_____
10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:	11. 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 승인:
_____	_____

본 양식의 모든 항을 완성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았습니다. 또한 저는 본 양식의 사본을 제공받았습니다.

날짜: _____
환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

* AIDS 의 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.