

보호대상 건강정보의 사용과 공개 권한 부여



FOR OFFICE USE ONLY		파트 1: 의뢰인/환자 정보		
CERT #	의뢰인/환자 성		의뢰인/환자 이름	가운데 이름 머리글자
	사용하는 다른 이름		생년월일	사회보장번호(마지막 4 자리)
	MRN (알고 있는 경우)	주소	도시	
	주	Zip 코드	전화번호(지역번호 포함)	

파트 2: 본인은 오렌지 카운티 보건소가 다음 대상에게 본인의 건강 정보를 공개할 권한을 부여합니다.

개인 이름 또는 조직 명칭		주소		
일반 명칭(42 CFR 프로그램 전용)				
도시	주	Zip 코드	전화번호(지역번호 포함)	

파트 3: 이 권한 부여의 목적

- 환자의 요청
 간호/의료 치료의 연장
 보험
 법적 용도
 장애자격
 기타:

파트 4: 공개될 수 있는 정보 (섹션 A 필수 작성, B-D 는 필요한 경우 및 / 해당되는 경우 작성)

A. 하나만 선택하십시오:
 의료기록 보호받는 건강 정보 기록
 요약 보호받는 건강 정보 기록

B. 공개될 정보의 적합한 유형을 선택하십시오:

<input type="checkbox"/> 시험실/검사 결과	<input type="checkbox"/> 여성, 유아, 어린이	<input type="checkbox"/> 저소득 의료 네트워크 서비스	<input type="checkbox"/> 아동 건강/예방접종 기록
<input type="checkbox"/> 여성건강	<input type="checkbox"/> 결핵 TB	<input type="checkbox"/> 방사선	<input type="checkbox"/> 캘리포니아 아동 서비스(CCS)
<input type="checkbox"/> 성병 진료 STD	<input type="checkbox"/> 치과 진료	<input type="checkbox"/> 방사선검사결과	<input type="checkbox"/> 기타: _____

C. 다음 유형의 민감한 정보 혹은 기록의 공개 혹은 사용을 위해 귀하의 머리 글자 서명과 공개되는 기간이 필요합니다.

알코올, 마약 또는 약물 중독 기록**	공개일:	공개종료일:
정신건강 기록	공개일:	공개종료일:
HIV/AIDS 검사 및 결과	공개일:	공개종료일:

D. 치료받은 클리닉 (들):

귀하의 검토용

나는 이 양식의 내용을 숙지하였습니다. 나는 위 명시한 바와 같이 오렌지 카운티에서 내 정보를 사용하고 공개하는 것을 이해하고, 동의하며, 허락합니다. 또한 이 양식에 서명한 것은 자발적이고 이 권한 부여에 사인하지 않아도, 나의 치료, 지급 및 혜택의 적격 여부가 영향받지 않는 것을 이해합니다. 나는 언제든지 기록관리인에게 서면으로 작성한 통지서를 발송하여 이 권한 부여를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 관리인이 권한 부여를 준수하여 이미 취한 행동에 대해서는 공개 취소의 효력이 없습니다. 이 권한 부여의 취지에 대해 공개되는 정보는 수령자가 재공개할 수 있으며, 이 경우 연방 개인정보 보호법(HIPAA)에 의해 더 이상 보호되지 않을 수도 있습니다. 해당 주법 또는 이 밖의 연방법은 특정한 법에 따라 허용되지 않은 이상 수령자가 재공개 이전에 귀하에게 서면으로 된 권한 부여를 획득하도록 요구할 것입니다. 나는 이 양식의 복사본을 받을 자격이 있습니다. 특정 요청에는 수수료가 부과될 수 있습니다. 권한 부여 원본의 복사본은 유효합니다. 권한 부여는 이 요청이 완료되는 대로 만료됩니다.

파트 5: 의뢰인/환자 서명 혹은 지정된 법정 대리인/후견인 서명

파트 6: 날짜

X

법정 대리인(정자체 성명)	의뢰인/환자와 법적 관계		
법정 대리인 주소 도로	도시	주	Zip 코드

** 알코올 및 약물 남용 정보

수령자에게 공개되는 정보는 연방 기밀유지 규칙(42 CFR 파트 2)에 의해 보호됩니다. 환자의 서면으로 된 동의에서 언명하거나 42 CFR 파트 2 에서 허용하지 않는 이상, 연방 규칙은 이 정보의 수령자가 이 정보를 재공개하는 것을 금지합니다. 의료 또는 기타 정보의 공개에 관한 포괄적인 권한 부여는 이 취지에 충분히 부합되지 않습니다. 연방 규칙은 어떠한 약물중독환자에 대한 범죄 수사 또는 검찰 활동에 대해서도 어떤 방식이든지 이 정보가 사용되는 것을 제한합니다. 귀하는 귀하의 요청에 따라 본 동의서 양식이 지정하여 공개된 대상의 목록을 제공 받아야 하는 §2.13(d)를 추구할 권리가 있습니다.

작성한 양식은 처리를 위하여 다음 담당자에게 반납해 주십시오. HCA 기록 관리관 • 팩스 (714) 835-9312 • 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701 • 전화 (714) 834-3536 • 웹사이트: <http://ohealthinfo.com/records> • COR@ochca.com