



대외비 환자 정보

참조: Cal. W & I 코드 5328조와
45조 CFR, Part 164

신청자 신원

오렌지 카운티
보건소
정신건강 서비스
기록 동의서

본인, _____, 은 본인의 치료 회기에 대한 기록을
기록될 환자/사람의 이름

- 오디오(소리)에 한정
- 오디오(소리)와 비디오(동영상)

허락합니다. 본인은 전체 그리고 모든 해당 기록이 치료 감독, 지도의 용도로만 사용될 것이며, 이 치료 감독과 지도가 완료된 이후에는 이 기록이 파괴될 것임을 이해합니다. 본인은 또한 이 기록들이 어떤 형태로도 다시 제작되지 않을 것이며, 이 정보는 환자의 기록과 치료에 관한 해당하는 모든 연방과 주 규정의 통제를 받아야 하며, 이 기록은 오렌지 카운티 보건소/정신건강 및 약물남용 서비스에서 일하는 권한있는 직원, 자원활동가 그리고/또는 학생들만 사용할 것임을 이해합니다.

본인은 이 동의를 언제든지 철회할 수 있고, 이 동의서에 서명하거나 어떤 기록에라도 동의함을 조건으로 치료받는 것이 아님을 이해합니다. 본인은 또한 사전에 자진 취소하지 않는 한 본인의 치료 만료시에 동의가 종료됨을 이해합니다.

신청자 서명

일자

증인 서명

일자

서비스 책임자 서명

일자

원본 보관: 치료 기록 사본 발급: 서비스 책임자, 신청자