

전인 진료(WHOLE PERSON CARE, WPC) 프로그램

보호된 건강 정보의 사용 및 공개에 대한 승인서

전인 진료 프로그램은 정보 공유를 통해 참여 기관 간의 진료를 조정함으로써 건강 결과를 개선하도록 고안되었습니다. WPC 참여 기관이 귀하와 관련된 정보에 접근할 수 있도록 허용하는 승인서로서, 진료를 받으려면 WPC에 등록해야 합니다. WPC 프로그램에 대한 상세 내용은 ochealthinfo.com/wpc 를 참조하십시오.



파트 1: 의뢰인/환자 정보

의뢰인/환자 성		의뢰인/환자 이름		중간 이름의 머릿글자		생년월일	
이메일		CIN#	MRN	전화번호(지역번호포함)			
주소			시	주	우편번호		

파트 2: 이 정보를 공개하게 될 참여 기관

Whole Person Care Program			주소 405 W. 5th Street, Suite 445		
시 Santa Ana	주 CA	우편번호 92701	전화번호(지역번호포함) (714) 834-5891		

파트 3: 이 정보를 수신하게 될 참여 기관

Whole Person Care Program			주소		
시	주	우편번호	전화번호(지역번호포함)		

파트 4: 본 승인서의 목적

전인 진료 프로그램 참여 기관 간 진료를 조정하는 데 있습니다.

파트 5: 공개 가능 정보 (섹션 5B 는 선택사항임)

A.	전인 진료 참여 기관 간 진료 조정을 위한 최소한의 정보량.
B.	HIV/AIDS 검사 및 결과 공유는 선택사항입니다. WPC 참여 기관과 공유하는 데 동의하시면 여기에 본인의 이니셜을 기입하십시오. X _____

파트 6: 해당 승인이 만료되는 날짜

본 승인은 별도의 서면으로 취소하지 않으면 다음 날짜에 만료됩니다. 기한: WPC 프로그램 탈퇴 또는 12/31/2020

당사자 확인 내용

본인은 이 양식의 내용을 읽었습니다. 본인은 위에 명시된 대로 Orange 전인 진료(WPC) 당국에서 본인의 정보를 사용 및 공개할 수 있음을 이해하였고 이에 동의합니다. 본인은 자발적 의사에 따라 이 양식에 서명하였고 본 승인서에 서명하지 않아도 WPC 프로그램 참여를 제외하고, 혜택에 대한 치료, 납부 또는 수혜 자격에 영향을 미치지 않는다는 사실도 이해하였습니다. 본인은 WPC 프로그램 관리자에게 통지를 전달하여 서면으로 언제든지 본 승인을 철회할 권리가 있습니다. 그러한 철회는 WPC 프로그램이 본 승인에 따라 이미 공개한 내용에는 영향을 미치지 않습니다. 본 승인에 따라 공개된 정보는 수신자가 다시 공개할 수 있으며 연방 개인정보보호법(HIPAA)에 의해 보호를 받지 않습니다. 해당 주 또는 기타 연방법에 따라 수신자는 서면 승인을 받은 후에 재공개를 요구할 수 있습니다. 본인은 이 양식의 사본을 받을 수 있습니다. 특정 요청에 대하여 수수료가 부과될 수 있습니다. 최초 승인서 사본은 유효한 서류입니다.

파트 7: 서명 - 참여자 또는 피지명 대리인/보호자

파트 8: 날짜

X			
대리인(정자체 성명)		의뢰인/환자와의 관계(예: 보호자, 부모 등)	
대리인 주소	시	주	우편번호

Disclosures pursuant to this authorization are allowable only among Whole Person Care participating entities
All numbered items must be completed for authorization to be valid