

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)
	이메일		전화번호(지역번호 포함)		
	주소	도시	주	ZIP 코드	
파트 2: 본인은 오렌지 카운티 보건소가 다음 대상에게 본인의 건강 정보를 공개할 권한을 부여합니다. <input type="checkbox"/> 위와 같으면 체크하세요					
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					
<input type="checkbox"/> 환자의 요청 <input type="checkbox"/> 간호/의료 치료의 연장 <input type="checkbox"/> 보험 <input type="checkbox"/> 법적 용도 <input type="checkbox"/> 장애자격 <input type="checkbox"/> 기타:					
파트 4: 공개될 수 있는 정보 (1, 3, 4 항목은 꼭 기재하세요. 항목 2 는 해당되는 종목만 기재하세요)					
항목 1. 하나만 선택하세요: <input type="checkbox"/> 의료기록 <input type="checkbox"/> 치료 요약					
항목 2. 공개하실 유형의 기록을 선택하세요:					
<input type="checkbox"/> 가족건강 <input type="checkbox"/> 성병 진료 STD <input type="checkbox"/> 캘리포니아 아동 서비스 (CCS) <input type="checkbox"/> 엑스레이 결과/필름 <input type="checkbox"/> 결핵 TB <input type="checkbox"/> 여성, 유아, 어린이 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 저소득 의료 네트워크 서비스 <input type="checkbox"/> 치과 진료 <input type="checkbox"/> 기타:					
다음 유형의 민감한 정보 혹은 기록의 공개 혹은 사용을 위해 귀하의 머리 글자 서명과 <u>공개되는 기간</u> 이 필요합니다.					
	알코올, 마약 또는 약물 중독 기록**		공개일:	공개종료일:	
	정신건강 기록		공개일:	공개종료일:	
	HIV/AIDS 검사 및 결과		공개일:	공개종료일:	
항목 3. 서비스를 받으셨던 클리닉:					
항목 4. 선호하시는 전달 방법: <input type="checkbox"/> 전자적 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 직접픽업함					
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		
** 알코올 및 약물 남용 정보					
42 CFR 2 종목은 허가없이 이 기록을 공개하는것을 금합니다.					
작성한 양식은 처리를 위하여 다음 담당자에게 반납해 주십시오. HCA 기록 관리관 • 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701 • 전화 (714) 834-3536 • 웹사이트: http://ochhealthinfo.com/records • COR@ochca.com					