



보호 대상 건강 정보의 사용과 공개 권한 부여

참고: 권한 부여가 유효하려면 번호가
지정된 모든 파트를 작성해야 합니다

파트 1: 의뢰인/환자 정보

의뢰인/환자 이름:

사용하는 다른 이름:

생년월일: 사회보장번호 (Social Security Number, SSN) (뒤 4자리):

주소:

도시:

주:

우편 번호:

파트 2: Health Care Agency가 이 정보를 공개할 수 있는 대상

☐ 본인/위와 동일
(위와 동일한 경우 비워
두십시오)

개인 또는 조직 이름:

주소:

전화번호(지역번호 포함):

수령 방법: **(하나만 선택)**

☐ 우편

☐ 직접 수령

☐ 이메일 주소

파트 3: 이 권한 부여의 목적

☐ 의뢰인/환자 요청

☐ 치료 연속성/의료 치료

☐ 기타:

파트 4: 공개 가능한 정보

하나만 선택:

☐ 의료 기록지

☐ 치료 요약(서신)

서비스를 받은 클리닉/시설:

시작일:

종료일:

☐ 가족 건강

☐ 성병 (Sexually
Transmitted Disease,
STD) 치료

☐ 예방접종

☐ 청구/수납

☐ 엑스레이 보고서/필름

☐ 폐질환/결핵
(Pulmonary/TB)

☐ 아동 건강

☐ CA 아동
서비스 (CA Children
Services, CCS)

☐ 여성, 유아 및 아동을 위한
특별 보충 영양
프로그램 (WIC)

☐ 치과 진료

☐ 기타:

다음 민감 정보 기록을 공개하려면 아래 **노란색** 상자에 공개할 기록의 **이니셜** 및 **날짜 범위**를
모두 **필수로** 작성해야 합니다.

이니셜

알코올, 약물 또는 약물 남용 기록** 시작일: 종료일:

**알코올 및 약물 남용 정보: 42 CFR Part 2에 따라 이러한 기록의 무단 공개는 금지됩니다

이니셜

정신 건강 시작일:

종료일:

이니셜

HIV/AIDS 검사 및 결과 시작일:

종료일:

파트 5: 의뢰인/환자 서명 및 날짜

본인은 이 양식의 내용을 읽었습니다. 본인은 위 명시한 바와 같이 오렌지 카운티에서 내 정보를
사용하고 공개하는 것을 이해하고, 동의하며, 허락합니다. 또한, 이 양식에 서명하는 것은
자발적이며 이 권한 부여에 서명하지 않아도 본인의 치료, 결제 및 혜택 자격에 영향을 미치지
않는다는 것을 이해합니다. 본인은 언제든지 기록 관리인에게 서면 통지서를 보내 이 권한 부여를
철회할 권리가 있습니다. 이 철회는 관리인이 권한 부여에 의존하여 이미 조치를 취한 공개에는
영향을 미치지 않습니다. 권한 부여 철회에 대한 추가 정보는 개인정보 보호 관행 고지문 (Notice of

Privacy Practices)에서 확인할 수 있습니다. 이 권한 부여에 따라 공개된 정보는 수령자가 재공개할 수 있으며 연방 개인정보 보호법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)에 의해 더 이상 보호되지 않을 수도 있습니다. 해당 주법 또는 기타 연방법에 따라 달리 허용되지 않는 한, 수령자는 재공개 전에 귀하의 서면 권한 부여를 받아야 할 수 있습니다. 본인은 이 양식의 사본을 받을 권리가 있습니다. 특정 요청에는 수수료가 부과될 수 있습니다. 권한 부여 원본의 복사본은 유효합니다. 권한 부여는 이 요청이 완료되는 대로 만료됩니다.

서명: _____

날짜: _____

정자체 성명: _____

** 의뢰인/환자가 아닌 경우 후견인, 관리인 또는 개인 대리인의 성명 및 서명 **

** 법적 권한 증빙을 제출해야 합니다*

처리를 위해 작성된 양식을 다음 주소로 반환해 주십시오: COR@ochca.com

HCA Custodian of Records 200 W. Santa Ana Blvd. Suite 180, Santa Ana, CA 92701

전화: 714-834-3536 웹사이트: <http://ochealthinfo.com/records>