

HIPAA 에 따른 건강 정보 공개 동의

환자 성명	생년월일	부모 아이디 번호
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보의 공개를 요청하는 바입니다: 뉴욕주법 및 1996 년 건강보험 이전 및 책임법(HIPAA)의 사생활 보호 조항에 의거하여 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

1. 이 동의에는 제가 아이템 7 의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **주류 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료 및 비밀이 보장되는 HIV/AIDS\* 관련 정보**와 관련된 정보의 공개를 포함할 수 있습니다. 다음 포함된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 제가 아이템 7 의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 뉴욕시 보건정신위생청 ("DOHMH")에 이런 정보의 공개를 구체적으로 승인합니다.
2. 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 주류 또는 약물중독 치료 또는 정신병 치료에 관한 정보 공개를 승인한 경우, 보건정신위생청은 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 허가 없이 이러한 정보를 재공개 할 수 없습니다. 저는 저의 HIV/AIDS 관련 정보를 받거나, 이를 허가 없이 사용할 수 있는 사람들의 명단을 요청할 권리가 있다는 사실을 알고 있습니다. 만일 제가 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 제공으로 인해 차별을 받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)에 전화 (212) 480-2493 번, 또는 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450 번으로 연락할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호해 줄 책임이 있습니다.
3. 저는 다음에 열거된 의료 서비스 제공자들에게 언제든지 서면으로 본 승인을 취소함을 알릴 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 의거하여 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
4. 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용 납부, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
5. 본 승인에 의거해 공개된 정보는 보건정신위생청(아이템 2 에 명시된 것 제외)에 의해 재공개 될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
6. **저는 저의 모든 의료 서비스 제공자들이 뉴욕시 교육청 및 뉴욕시 보건 정신 위생국의 협력 프로그램을 운영하는 학교 보건 담당실에 이 정보를 공개하고 그 내용을 논의하는 것을 승인합니다.**

7. 공개 및 논의될 특정 정보:  
환자 병력, 진료 노트(정신과 치료 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영 필름, 의뢰 내용, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 기타 의료 서비스 제공자가 다른 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 의료 기록(서면 및 구두) 전체.

이 박스에 체크 표시가 있을 경우, 제 의료 기록 중 오직 다음 기간에 해당되는 것만 공개하십시오.  
(시작 일자)\_\_\_\_\_에서부터 (종료 일자)\_\_\_\_\_까지.

기타: \_\_\_\_\_

다음과 같은 내용 포함: (이니셜로 의사 표시)

\_\_\_\_\_ 알콜/약물 치료 정보

\_\_\_\_\_ 정신 건강 정보

\_\_\_\_\_ HIV/AIDS-관련 정보

<p>8. 정보 공개 승인 이유: 이 정보는 여기 따로 특정되지 않는 한 환자 또는 대표의 요청에 따라 공개되었습니다:</p>	<p>9. 본 승인의 효력은 여기에 달리 명시하지 않는 이상, 환자가 뉴욕시 교육청에서 운영하는, 또는 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교나 프로그램에 더 이상 재학하지 않는 날짜에 종료됩니다**:</p>
<p>10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명:</p>	<p>11. 이 양식에 서명하는 사람은 법에 따라 학부모 또는 환자의 법적 보호자로서 환자를 대신하여 서명할 수 있도록 허용되었거나 여기 상세한 바와 같습니다:</p>

본 양식의 모든 아이템을 작성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명

날짜

\* AIDS 의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공중 보건법은 어떤 특정인이 HIV 증상이 있거나 감염된 것으로 타당하게 추정할 수 있는 정보 및 이러한 사람의 연락처와 관련된 정보를 보호합니다.

\*\*종료 일자가 상기 9 항에 명시되어 있을 경우 본 양식의 효력은 해당 날짜에 종료되며, 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 승인된 사람이 신규 양식을 작성하여 제출해야 합니다.