뉴욕주 보건국

건강 정보(알코올/약물 치료 및 정신 건강 정보 포함) 및 HIV/AIDS 관련 기밀 정보 공개에 대한 허가

환자 이름	생년월일	환자 신원 번호
환자 주소		

본인 또는 본인의 공인 대리인은 본인의 진료 및 치료에 관한 건강 정보가 본 양식상에 제시된 바와 같이 공개되도록 요청하는 바입니다. 본인이 이해하는 바,

1. 항목 8의 해당란에 본인의 이니셜을 기재하는 경우에만 알코올 및 약물 치료, 정신 건강 치료와 HIV/AIDS 관련 기밀 정보에 관계된 정보 공개가 본 허가서에 포함될 수 있습니다. 아래에 설명된 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되고 항목 8 상자의 해당란에 이니셜을 기재하는 경우에만, 항목 6에 표시된 사람에 한해서 그러한 정보를 공개하도록 허락합니다.
2. 일부 예외를 포함해, 일단 공개된 건강 정보는 수령자에 의해 다시 공개될 수 있습니다. 본인이 HIV/AIDS 관련, 알코올 또는 약물 치료 혹은 정신 건강 치료 정보의 공개를 허락하는 경우, 수령자는 연방법이나 주 정부법에 의거해 그렇게 하도록 허가되지 않는 한, 본인의 허락 없이 그 어떠한 목적을 위해서도 그러한 정보를 다시 공개하거나 또는 공개된 정보를 사용할 수 없습니다. 본인이 HIV/AIDS 관련 정보의 공개 또는 발표로 인해 차별을 겪는다면, 뉴욕주 인권 분과 1-888-392-3644로 연락할 수 있습니다. 이 정부기관은 본인의 권리 보호를 책임집니다.
3. 본인은 아래의 항목 5에 기재된 기관에 서면을 통해 언제라도 이러한 허가를 철회할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 본 허가에 따라 조치가 시행된 경우를 제외하고 이러한 허가를 철회할 수 있다고 이해했습니다.
4. 본 허가서에 자발적으로 서명합니다. 일반적으로 본인의 치료, 납부, 의료 보험 가입 또는 혜택 자격 여부가 본 정보 공개에 대한 본인의 허가 여부에 따라 달라지지 않을 것임을 이해합니다. 그럼에도 본 동의서에 서명하지 않는 경우, 일부 상황에서 치료가 거부될 수도 있음을 이해합니다.

5. 본 정보를 제공 하는 기관 또는 단체의 이름 및 주소:

6. 본 정보를 공개 받는 사람의 이름 및 주소:

7. 정보 공개의 목적:

8. 사전에 본인이 철회한 바가 없는 한, 아래의 특정 정보는 다음 기간에 공개될 수 있습니다. 시작 _____ 만료 _____
시작일 기재 / 만료일 또는 사건 기재

☐ 다음을 제외한 모든 건강 정보(서면 및 구두):

다음 사항이 포함되어야 하는 경우, 공개되어야 할 구체적 정보를 표시하고 아래에 이니셜을 기재하십시오.

	공개될 정보	이니셜
☐ 알코올/약물 치료 프로그램 기록		
☐ 정신 건강 프로그램 임상 기록*		
☐ HIV/AIDS 관련 정보		

9. 환자가 아닌 경우, 양식 서명자 이름:	10. 환자를 대신한 서명 권한자:

본 양식의 모든 항목을 작성했으며, 본 양식에 대한 본인의 질문에 답변을 받았고, 본인은 본 양식의 사본을 수령했습니다.

환자 또는 법정 대리인 서명 _____ 날짜 _____

증인 진술/서명: 본인은 이 허가 이행 과정을 목격하였으며, 서명된 허가서 사본이 해당 환자 및/또는 환자의 공인 대리인에게 제시되었음을 진술하는 바입니다.

직원 이름 및 직함 _____ 서명 _____ 날짜 _____

본 양식은 DOH-2557 대신 사용될 수 있으며 건강 정보 공개를 허가할 수 있도록 '뉴욕 정신 건강국' 및 '뉴욕주 알코올 약물 남용 서비스국'의 승인을 받았습니다. 그러나 본 양식은 건강 관리 기관이 건강 정보를 공개하도록 요구하지 않습니다. 본 양식을 통해 공개된 알코올/약물 치료 관련 정보 또는 HIV 관련 기밀 정보는 요구된 재공개 금지에 관한 진술서가 반드시 동반되어야 합니다.

*참고: 이러한 공개가 합리적 판단에 따라 환자 또는 다른 사람에게 해로울 것으로 예상되지 않는 한, 정신 건강 임상 기록의 정보는 이러한 동의서에 의거해, 해당 정보가 필요함을 입증할 수 있는 당사자에게 공개될 수 있습니다.