

건강 정보 공개 승인서

환자 성명	생년월일	환자 아이디 번호/OSIS#
환자 주소		

본인, 또는 저의 승인을 받은 대리인은 본 양식에 기재된 바와 같이 제 보건 정보 공개를 요청하는 바입니다. 뉴욕주 법 및 1996년 건강보험 이동성 및 책임 법(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)의 사생활 보호 조항에 따라, 저는 다음 사항을 알고 있습니다:

- 이 승인에는 제가 7항의 해당란에 이니셜을 표시한 경우에만 **알콜 및 약물 남용**, 정신 상담 노트를 제외한 **정신 건강 치료** 및 비밀이 **보장되는 HIV/AIDS* 관련 정보**의 공개가 포함될 수 있습니다. 아래 서술되어 있는 건강 정보에 이러한 종류의 정보가 포함되어 있으며 제가 7항의 해당 박스에 이니셜을 적은 경우, 저는 학교 보건 담당실(Office of School Health)을 공동으로 운영하는 뉴욕시 보건 정신 위생청("DOHMH") 및 뉴욕시 교육청("DOE")에 이런 정보를 제공하는 것을 구체적으로 승인합니다.
- 만일 제가 HIV/AIDS 관련, 알콜 또는 약물중독 치료 또는 정신 건강 치료에 관한 정보 제공을 승인한 경우, DOHMH는 연방 또는 주법에 의해 승인된 경우를 제외하고는 저의 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 차별받게 될 경우, 저는 뉴욕주 인권국(Division of Human Rights)에 전화 (888) 392-3644번, 또는 뉴욕시 인권 위원회(Commission of Human Rights)에 전화 (212) 306-7450번으로 신고할 수 있습니다. 이러한 기관들은 제 권리를 보호할 책임이 있습니다.
- 저는 제가 정보 공개를 승인한 의료 서비스 제공처들에 언제든지 서면으로 본 승인을 취소할 권리가 있습니다. 저는 본 승인에 따라 이미 취해진 조치 외에는 정보공개 승인을 철회할 수 있다는 사실을 알고 있습니다.
- 저는 본 승인서에 서명하는 것이 자발적임을 알고 있습니다. 저의 치료, 비용, 건강보험 가입, 또는 혜택 대상 여부 결정 등은 저의 정보공개 승인으로 달라지지 않을 것입니다.
- 본 승인에 의거해 공개된 정보는 DOHMO 또는 DOE(2항에 명시된 것 제외)에 의해 다시 공개될 수 있으며, 이러한 재공개는 더 이상 연방 또는 주법에 의해 보호받지 않을 것입니다.
- 저는 저의 모든 의료서비스 제공자들이 이러한 정보를 뉴욕시 보건 정신 위생청 및 뉴욕시 교육청에 공개하고 이러한 정보에 관하여 논의하는 것을 승인합니다.**

7. 공개 및 논의될 특정 정보:

환자 병력, 진료 노트(정신 상담 노트 제외), 검사 결과, 방사선 검사, 촬영, 의뢰 사항, 컨설팅, 의료비 청구 기록, 보험 기록 및 다른 의료 서비스 제공자가 저의 의료 서비스 제공자에게 보낸 기록 등을 포함한 모든 건강 관련 정보(서면 및 구두).

아래 수록된 건강 문제가 있는 환자들은 정보 공개를 승인하기 위해 이니셜을 적어 주십시오: *(이니셜로 의사 표시)*

_____ 알콜/약물 치료 정보 공개될 특정 기록 및 공개 대상 기관: _____

_____ 정신 건강 정보

_____ HIV/AIDS 관련 정보

이 박스에 체크 표시가 있으면, 여기 별도로 명시된 보건 정보만 공개하고 논의하십시오:
(의료 기록 전체가 제공 또는 공개되는 것을 원치 않으시면 이 박스를 이용하십시오)

8. 정보 공개 사유: 이 정보는 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자 또는 법적으로 승인된 대리인의 요청에 따라 공개되었습니다:	9. 이 승인은 여기 별도로 명시하지 않은 이상, 환자가 DOE에서 운영하거나 학교 보건 담당실에서 서비스를 제공하는 학교 또는 프로그램에 더 이상 등록하지 않는 시점에 효력이 만료됩니다:
10. 환자가 아닐 경우, 본 양식에 서명하는 사람의 성명을 인쇄체로 기재: <i>(학부모/보호자가 반드시 작성)</i>	11. 환자와의 관계: <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 학부모/보호자 <input type="checkbox"/> 기타 (아래 상술하십시오)

본 양식의 모든 항목을 작성하였으며, 본 양식에 대해 궁금한 점은 모두 답을 받았으며 저는 양식의 사본을 받았습니니다.

환자 또는 법적으로 허가된 대리인의 서명 _____ 날짜 _____

* AIDS의 원인이 되는 인체 면역 결핍 바이러스. 뉴욕주 공공보건법은 누군가 HIV 증상이 있거나 감염자라고 타당하게 특정할 수 있는 정보 및 개인의 연락처 정보를 보호하고 있습니다.

**상기 9항에 만료 일자가 명시된 경우, 이 양식은 해당 일자로 효력이 만료되며 환자의 부모나 법적 보호자, 또는 기타 법으로 정한 사람이 반드시 새 양식을 제출해야 합니다.