

SSG - ASIAN PACIFIC COUNSELING AND TREATMENT CENTERS
보호대상 개인건강정보의 사용 또는 공개 승인서

고객:

고객 이름/이전 이름

생년월일

고객 번호

법정 대리인 이름(해당하는 경우)

주소

시, 주, 우편번호

승인:

보호대상 개인건강정보(Protected Health Information, PHI)의 사용 또는 공개 대상:

기관명

건강 진료 제공자 이름/기타

주소

주소

시, 주 우편번호

시, 주 우편번호

공개할 정보:

- 심사/평가 심리 검사 결과 진단
 검체검사 결과 약물 치료 치료/경과 기록
 전체 기록 기타(구체적으로 명시): _____

참고: 약물 또는 알코올 사용 관련 정보, HIV/AIDS, 및/또는 생식 건강 또는 성 건강 관련 정보는 다음 칸에 표시하여 명확하게 요청되지 않는 한 공개되지 않습니다. 알코올 사용

- 약물 사용 HIV/AIDS 임신중절 생식 건강 진료

치료일

다음 기간 기록의 공개를 승인합니다. _____ 부터 _____ 까지

요청 기록 전달 방법: _____ 월/일/연 _____ 월/일/연

- 우편 직접 수령 이메일 전송: _____

사용 또는 공개 목적: (해당하는 범주에 표시)

- 고객 요청 기타(구체적으로 명시): _____

본인은 모든 PHI 공개에는 무단 재공개와 잠재적 위험이 내포되어 있으며 해당 정보가 연방 기밀 유지 규칙으로 보호되지 않을 수도 있음을 이해합니다. 그러나 캘리포니아 법에 따라, 본인은 서면 승인 또는 법에서 명시적으로 요구하거나 허가하지 않는 한, 본 승인하에 PHI를 수신했다 하더라도 해당 PHI를 재공개하는 것은 금지되어 있음을 이해합니다. 또한, 본인의 정보가 사용 또는 공개된 후 이를 회수하지 못할 수도 있음을 이해합니다.

만료일:

환자가 철회하지 않는 한, 건강 진료 정보를 상기 이름의 개인/기관에 공개할 것을 허용하는 본 승인은 서명일로부터 또는 아래 명시된 날짜나 경우 중 먼저인 날로부터 1년 후 자동으로 만료됩니다.

본 승인은 ____ / ____ / ____ 또는 _____ 까지 유효합니다
월 일 연 경우

본 승인과 관련한 귀하의 권리:

승인의 복사본을 수신할 권리 - 본인은 서명하는 것이 필수는 아니지만 본 승인서에 동의할 경우, 서명된 양식의 복사본을 제공받아야 함을 이해합니다.

승인을 철회할 권리 - 본인은 언제든지 SSG-APCTC에 서면으로 알려 본 승인을 철회할 권리가 있음을 이해합니다. 본 양식 하단의 승인 철회 양식을 작성하여 우편으로 또는 다음 주소로 전달하여 제출할 수 있습니다.

연락 담당자	기관명
주소	시, 주 우편번호

본인은 또한 승인 철회가 철회 전 본 승인과 관련한 사유 또는 법에서 허용하는 사유로 SSG-APCTC나 건강 진료 제공자가 건강 정보를 사용 또는 공개하는 것에는 영향을 주지 않음을 이해합니다.

조건: 본인은 승인서에 서명하기를 거절할 수 있으며 이로 인해 치료를 받을 권리에 어떠한 영향도 가해지지 않음을 이해합니다. 그러나 SSG-APCTC는 해당 연구 관련 치료를 위해 생성된 보호대상 개인건강정보의 사용 또는 공개에 대한 승인 획득 여부에 따라 해당 연구 관련 제공을 변경할 수 있습니다. (즉, 본 승인이 치료를 포함하는 연구와 관련된 경우, 승인서에 서명을 해야만 해당 치료를 받을 수 있습니다.)

본인은 본 승인서를 검토하고 내용을 이해할 기회를 얻었습니다. 본 승인서에 서명함으로써 본인의 바람이 승인서에 정확히 반영되었음을 입증합니다.

* 고객 서명/법정 대리인	* 날짜
고객이 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 관계 및 권한 설명:	
*	

승인 철회

고객 이름	
고객 서명/법정 대리인	날짜
고객이 아닌 다른 사람이 서명한 경우, 정자체로 이름을 기입하고 관계 및 권한을 설명합니다.	
정자체로 이름 기입: _____	
관계 및 권한: _____	