

개인건강정보 사용 또는 공개 허가서

환자 이름: _____ 생년월일: _____

주소: _____ 전화번호(주간): _____

_____ 전화번호(야간) _____

본인은 예일 대학에서 다음(하나 선택)을 수행하도록 허가합니다.

- 아래 표시된 바와 같이 본인의 개인건강정보를 다음에서 사용하거나 공개:
- 본인의 개인건강정보를 다음으로부터 입수:

이름: _____

주소: _____ 전화번호: _____

_____ 팩스: _____

~ 기간 동안 공개할 정보:

- 모든 기록
- 병력 및 신체검사정보
- 면역 접종
- 실험 보고서
- 엑스레이 보고서
- 상담 보고서/기록
- 처방 정보
- 다음과 관련된 정보 및 검사 결과: _____
- 기타/의견: _____

본인은 이 건강정보에 민감한 정보가 포함될 수도 있음을 이해합니다. 이 양식에 서명함으로써 본인은 다음과 관련된 정보 공개를 명백히 허가합니다.

- 약물남용치료 정보
- 에이즈 관련 검사를 포함한 HIV 관련 정보
- 정신건강정보

코네티컷 주 일반법 제 899 장과 미국 연방 법전 제 42 편에 따라 본 기록의 기밀성이 요구됩니다. 본 자료는 이러한 법령에서 규정한 바와 같이 서면 동의 또는 허가 없이 다른 누구에게도 전송될 수 없습니다.

서명 _____
날짜: _____

- 선호 형식: CD 종이 보안 파일 전송
- 공개 목적: 치료 산재 보상 법률 학교
- 기타: _____

1. 본인은 이 허가서가 마지막 서비스 방문 날짜로부터 2년 후에 만료됨을 이해합니다. 이 양식의 복사본은 원본과 마찬가지로 유효한 것으로 간주됩니다.
2. 본인은 서면으로 Privacy Officer에 통지함으로써 언제라도 이 허가를 취소할 수 있으며, 이에 의존하는 조치가 이미 취해진 범위를 제외하고 이 허가서는 통지한 날짜 부로 더 이상 유효하지 않음을 이해합니다. 허가 취소 보낼 곳: HIPAA Privacy Officer, Yale University, PO Box 208255, New Haven, CT 06520-8255
3. 본인은 이 허가서에 따라 사용 혹은 공개된 정보가 수신자에 의해 재공개될 수 있으며 이 경우 연방 개인정보보호 규정으로 더 이상 보호받지 못할 수도 있음을 이해합니다. 그러나, 다른 주 또는 연방법에 따라 수신자가 약물남용치료 정보, HIV/에이즈 관련 정보 및 정신질환/정신 건강 정보와 같은 특별히 보호된 정보를 공개하는 것이 금지될 수도 있습니다.
4. 본 양식에 서명하지 않을 경우 본인의 건강 관리와 건강 관리 비용 지불에는 영향을 주지 않습니다.
5. 본인은 이 허가서에 서명을 거부할 경우 치료를 위해 이러한 정보 공개가 필요할 경우를 제외하고 정신질환에 대하여 현재 혹은 앞으로 치료를 받을 수 있는 권리를 침해받지 않음을 이해합니다.
6. 본인은 이 양식에 서명 후 사본을 받게 된다는 점을 이해합니다.

아래 서명함으로써 본인은 이 허가서를 읽고 이해했음을 인정합니다.

_____ 또는 _____
환자 서명 환자/법적 후견인/권한을 부여 받은 자 날짜

_____ 환자와의 관계

양식을 다음으로 우편, 팩스 또는 스캔하여 보내주시시오.