

Patient Name:	Date of Birth:	Social Security Number (Last four digits):
Address:	Client ID Number(CIN):	Disability ID Number(DIN):

본인 또는 본인의 법정 대리인은 본인의 관리 및 치료와 관련된 의료 정보를 이 양식에 설명되어 있는 대로 공개할 것을 요청합니다. New York State Law(뉴욕 주 법) 및 Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA, 1996년 건강 보험 양도 책임 법) 개인 정보 보호 규정에 따라, 본인은 다음 내용을 이해합니다.

- 본인이 섹션 9(c)에 해당하는 칸에 체크 표시하지 않은 경우, 해당 권한에 심리치료 진료서를 제외한 알코올 및 약물 남용, 정신 건강 치료와 관련된 정보 및 기밀 HIV 관련 정보 공개를 포함할 수 있습니다. 또는, 이러한 종류의 의료 정보가 아래의 섹션 9(a)에 기재되어 있는 의료 정보에 포함될 경우, 본인은 섹션 9(b)에 해당하는 상자에 이니셜을 기재하고 섹션 8에 표시된 개인 또는 기관에 해당 의료 정보를 공개하는 것을 허용합니다.
- 본인이 HIV 관련, 알코올 및 약물 치료, 의료 치료 정보를 공개하는 것을 허용하면, 해당 정보를 수령하는 사람은 연방법 또는 주법에서 허용하지 않는 한 본인의 허가 없이 해당 정보를 공개할 수 없습니다. 본인은 본인에게 허가 없이 본인의 HIV 관련 정보를 수령하고 이용할 수 있는 사람의 명단을 요청할 수 있는 권리를 보유하고 있다는 점을 알고 있습니다. HIV 관련 정보의 공시 또는 공개로 인해 차별을 당한 경우, 본인은 Division of Human Rights에 (888) 392-3644번 또는 TDD/TTY (718) 741-8300번으로 연락할 수 있습니다.
- 본인은 아래의 섹션 7에 나와 있는 의료 제공자에게 서면으로 요청해 언제라도 해당 허가를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 본인은 본 허가를 근거로 이미 취해진 조치를 제외하고 해당 허가를 취소할 수 있다는 점을 이해합니다. 이러한 허가는 사전에 취소되지 않은 경우, 이 결정/검토가 이루어진 시점 또는 본 양식 서명 날짜로부터 1년 중 더 빠른 시점에 만료됩니다.
- 본인은 이 허가서에 자발적으로 서명했습니다. 본인은 State Disability Review Unit가 장애 판정에 필요한 의료 정보를 수집하기 위해서 본 양식이 작성되어야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 이 허가서가 없을 경우, 본인의 Medicaid 수혜 자격에 영향을 있을 수 있음을 이해합니다.
- 이 허가서에 따라서 공개된 정보는 Department of Health(보건부)에 의해서 재공개될 수 있으며(단, 2항 아래에 기재된 경우 제외) 재공개될 경우 해당 사항은 연방법 또는 주법에 따른 보호대상이 될 수 없습니다.
- 본 허가서는 귀하가 본인의 의료 정보 또는 의료 치료를 9(b)항에 명시되어 있는 정부 기관 또는 변호인을 제외한 나머지 사람에게 공개할 수 있는 권한을 허용하지 않습니다.

7. 의료 정보 공개 허가를 받은 의료 제공자 또는 기관의 이름과 주소:

8. 이 정보를 수령할 개인 또는 기관의 이름 및 주소:

State Disability Review Unit OCP-826, State of New York, Department of Health, Albany, NY 12237

9(a). 공개할 특정 의료 정보:

- 의료 기록 공개 기간 _____ (날짜) _____ (날짜)
- 환자 이력, 의사 진료서(심리치료 진료서 제외), 검사 결과, 방사선 기록, 필름, 의뢰서, 상담서, 지불 내역, 보험 기록, 의료 제공자가 환자에게 보낸 기록을 포함한 전체 건강 기록
- 기타: _____

9(b). 의료 정보 관련 논의 허가:

다음에 이니셜 _____ 을 기입함으로써, 본인은 _____ 이(가)
(개인/의료 제공자의 이름)

본인의 의료 정보를 State Disability Review Unit와 함께 논의하는 것을 허가합니다.

9(c). 본인은 다음의 공개를 허가하지 않습니다(해당 사항 모두 체크 표시). 약물/알코올 치료 정신 건강 정보 HIV 관련 정보

10. 정보 공개 사유:

개인의 요청 기타: _____

11. 이용/공개 목적:

장애 판정 및 검토

12. 양식 서명자의 이름(환자가 아닌 경우)(인쇄체):

13. 환자를 대리하여 서명할 권한의 유형:

본인은 본 양식의 모든 섹션을 작성하고 양식에 관한 질문에 대해 답변을 들었습니다.

본인은 이 페이지에서 언급한 기관/개인이 이 페이지에 언급된 사람의 건강 정보를 New York State Department of Health State Disability Review Unit에 공개하는 것을 허가합니다.

환자 또는 법적 대리인 서명

날짜

“의료 정보 및 기밀 HIV 관련 정보 공개 허가서” 양식은 귀하의 의료 제공자(병원, 의사, 치료사 등)가 환자의 건강 기록 사본을 State Disability Review 팀에 제공할 수 있는 권한을 부여합니다. 이러한 건강 기록은 장애 검토 팀이 귀하의 장애를 판정하는 데 도움이 됩니다. 이러한 양식 중 하나를 작성하여 귀하의 의료 기록을 제공해야 하는 의료 제공자 모두에게 제공해야 합니다.

양식의 상단에 있는 란을 작성해야 합니다. 정보가 올바르지 않은 경우, 잘못된 부분에 줄을 긋고 정확한 정보를 기재하십시오.

양식의 나머지 부분을 작성하기 전에 상단의 상자 아래에 있는 항목 1-6의 정보를 확인하십시오. 이러한 단락은 귀하가 담당 의료 제공자가 제공할 수 있는지 여부를 선택할 수 있는 건강 정보의 유형, 귀하가 건강 기록 공개를 허가하고 허가를 중지할 권리, 건강 정보를 열람할 수 있는 권한을 가진 대상에 대한 정보를 제공합니다.

7) 귀하의 건강 기록을 State Disability Review Team에 제공할 의료 제공자의 이름과 주소를 기재하십시오.
각 의료 제공자당 한 양식을 작성하십시오.

8) 건강 기록을 누구에게 제공해야 하는지 의료 제공자에게 통지하십시오. 이 상자에는 State Disability Review 팀의 정보가 사전에 기입됩니다.

9a) • 의료 제공자가 귀하의 의료 기록을 특정 기간 동안 제공하기를 원할 경우, 첫 번째 상자에 체크 표시하고 해당 기간을 기재하십시오. 장애를 판정하기 위해서는 이러한 판정 기간에 해당하는 12개월 이상의 건강 기록이 필요합니다.

• 의료 제공자가 귀하의 전체 의료 기록을 제공하기를 원하시면, 두 번째 상자에 체크 표시하십시오.

• 의료 제공자가 기타 정보를 제공하기를 원하시면, 세 번째 상자(기타)에 체크 표시하고 의료 제공자가 제공할 정보를 기입하십시오.

9b) 귀하의 의료 제공자가 State Disability Review 팀의 특정 담당자와 상담하도록 허가하시려면, 제공된 줄에 귀하의 이니셜과 해당 의료 제공자의 이름을 기입하십시오.

9c) 9(c) 아래에서 귀하의 의료 제공자가 제공해서는 안 되는 의료 정보 유형에 해당하는 상자에 체크 표시하십시오.

10) 개인이 정보의 공개를 요청한 경우 상자에 체크 표시하거나 기타에 체크 표시하고 요청 사유를 기술하십시오.

11) 이 요청의 목적은 장애 판별 및 검토입니다.

12) 의료 기록 요청 양식을 작성하시는 귀하가 환자가 아닌 경우, 귀하의 이름을 인쇄체로 기입하십시오.

13) 귀하가 환자의 법정 대리인인 경우, 귀하와 환자의 관계를 기입하십시오. 예를 들어, 귀하가 환자의 부모인 경우, 부모라고 기입하십시오. 귀하가 환자의 법적 보호자인 경우, 법적 보호자라고 기입하십시오.

귀하의 의료 제공자가 귀하의 의료 기록을 제공하기를 원하시면, 환자 또는 환자의 법정 대리인이 본 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.