_____
_____
_____
_____

**COUNTY OF LOS ANGLES**
**DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES**

날짜: _____
케이스 이름: _____
케이스 번호: _____
담당워커 이름: _____
담당워커 ID: _____
담당워커 전화번호: _____
고객 ID: _____

**보호 조치된 의료 정보**
**사용 및 양도에 대한 승인**

이 양식의 목적: 이 양식은 사회 복지국(DPSS)이 당신의 건강에 대한 정보를 얻을 수 있도록 당신에게 동의를 요청하는 것입니다. DPSS 는 당신의 혜택을 결정하는데 이 정보를 사용할 것입니다.

**이 양식을 작성 완료하고 서명할 경우:**

- 당신은 담당의사나 의료 제공자가 당신의 건강에 대한 정보를 DPSS 와 공유할 수 있다는 것에 동의하게 됩니다.
- DPSS 는 당신의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 언제든지 마음을 바꿀 수 있는 권리가 있습니다.

**이 양식에 서명하지 않기로 결정할 경우:**

- 당신의 의료 치료에 영향을 주지 않을 것입니다.
- 당신의 DPSS 혜택에 영향을 줄 수 있습니다.

_____
성 이름 생년월일(월/일/년)

**본인은 다음 기관(들)이(해당 기관 모두 체크):**

□ Antelope Valley Community Clinic
□ CHC/Health Center: _____
□ Community Health Alliance of Pasadena
□ High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center
□ Korean Health Education & Research Center
□ Los Angeles Christian Health Center
□ Mission City Community Network
□ Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center
□ Central Neighborhood Health Center
□ Harbor-UCLA Medical Center
□ JWCH, Inc.
□ LAC+USC Medical Center
□ Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center
□ Olive View-UCLA Medical Center
□ St. John's Well Child & Family Clinic

□ Other:_____
FACILITY NAME STREET ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

**본인의 건강 정보를 아래의 기관에 양도하는 것을 승인합니다:**

_____
사회 복지국 (DPSS) 지역 사무소 이름

_____
거리 주소 시 주 우편 번호

**이 승인은 다음 날짜까지 유효합니다:** _____/_____/_____.
종료일(월/일/년)

**양도할 수 있는 정보(해당 사항 모두 체크):**

□ 퇴원 내용 요약
□ 병력 및 건강 진단.
□ 상담.
□ 수술 보고서.
□ 방사선과 보고서.
□ 방사선 필름.
□ 검사실/진단 검사.
□ 진료 기록.
□ 정신 질환 또는 정신 건강 평가.
□ 약물 및/또는 알코올 남용 치료.
□ 증상을 보이는 HIV/에이즈.
□ 성병.
□ 심전도(EKG) 보고서.
□ 뇌전도(EEG) 보고서.
□ 병력/치료 요약.
□ 기타 (상세히 설명): _____

_____

**이 양식의 사본을 받을 권리가 있습니다. 이 양식에 서명할 경우, 서명한 양식의 사본을 받게 될 것입니다.**

**이 양식에 서명하는 것을 거부할 경우:**

- 당신의 의료 제공자의 치료에 영향을 주지 않을 것입니다.
- 당신이 DPSS 혜택에 대한 자격이 되면 영향을 줄 수 있습니다.

_____ 본인은 의료 제공자가 본인의 건강에 대한 정보를 DPSS 에 제공할 수 있다는 것에 동의하고 이를 이해합니다. DPSS 는 혜택에 대한 본인의 자격을 결정하는데 이 정보를 사용할 것입니다.

_____ 본인이 이 양식에 서명을 했기 때문에 사용된 또는 양도된 정보를 DPSS 가 공유할 수 있다는 것을 이해합니다. 이러한 일이 발생할 경우, 본인의 정보는 더 이상 연방 개인 의료 정보 보호법에 의해 보호되지 않습니다.

본인은 이 양식을 검토하고 이해할 수 있는 기회를 가졌습니다. 여기에 서명함으로써, 본인의 바라는 바가 사실대로 반영되는 것임을 확인합니다.

_____

환자/ 법정 대리인 서명 | 인쇄체 이름 | 날짜 (월/일/년)

_____

증인 서명 | 인쇄체 이름/ 환자와의 관계 | 날짜 (월/일/년)

## 마음이 바뀔 경우

언제든지 당신의 마음을 바꿀 수 있는 권리가 있습니다. 이 양식을 작성 완료하고 서명한 이후 마음이 바뀌면, DPSS 에 서면으로 알려야 합니다. 다음과 같은 방법으로 할 수 있습니다:

- 승인 취소 서명.
- 이 서명한 양식을 다음 주소로 우송 또는 전달:

## 승인 취소

본인은 이로써 본인이 이전에 부여한 승인을 취소합니다. 본인은 의료 제공자가 이미 DPSS 와 공유한 의료 정보를 DPSS 가 사용하고 공유할 수 있음을 이해합니다

| 환자/ 법정 대리인 서명 | 인쇄체 이름 | 날짜 (월/일/년) |
|---|---|---|