

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. DPSS는 당신의 혜택을 결정하는데 이 정보를 사용할 것입니다.

이 양식을 작성 완료하고 서명할 경우:

- 당신은 담당 의사나 의료 제공자가 당신의 건강에 대한 정보를 DPSS와 공유할 수 있다는 것에 동의하게 됩니다.
- DPSS는 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 없습니다.

성 _____ 이름 _____ 생년월일 (월/일/년) _____

본인은 다음 기관이:

기관 이름 _____ 거리 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

본인의 건강 정보를 아래 기관에 양도하는 것을 승인합니다:

사회복지국(DPSS) 지역사무소 이름 _____

거리 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

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

양도할 수 있는 정보(해당 사항 모두 체크):

□ 다음 사항을 포함한, 정신 상태:

- 정신 건강 상태.
- 어떤 정신 이상이든 그 상태가 시작된 날짜.
- 당신의 상태에 대해 적극적으로 치료를 받고 있는지 여부.
- 당신의 상태가 얼마나 오래 지속될 것인지 예상되는 기간.
- 일을 할 수 있거나 직업 훈련 프로그램에 참여할 수 있는 경우 당신의 상태가 이에 영향을 주는지 여부.

□ 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 제공자에 의한 치료에 영향을 주지 않을 것입니다.
- 당신이 DPSS 수혜 자격이 있는 경우, 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 있음을 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, 이는 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)