

보호 조치된 의료 정보의 사용 및 공개에 대한 승인

성 이름 생년월일 (월/일/년)

이로써 다음 기관이

기관 이름 도로 주소 시 주 우편 번호

보호 조치된 의료 정보를 아래 기관에 양도하는 것을 승인합니다:

사회복지국(DPSS) 지역사무소 이름

도로 주소 시 주 우편 번호

마감일: 이 인증서는 다음 날짜까지 유효합니다: ____/____/20__

공개할 수 있는 정보

- 정신 상태 기타(자세히 설명)

본인은 DPSS 에서 본인의 수혜 자격을 결정할 수 있도록 본인의 의료 제공자가 ABP 1676-3 GRMH 양식을 작성하여 DPSS 에 제출할 수 있다는 것을 이해하고 동의합니다; 이것은 모든 정신 건강 장애, 본인의 상태가 시작된 날짜, 본인이 적극적으로 치료를 찾고 있는지 여부, 본인 상태의 예상되는 지속 기간, 이것이 본인의 work or work-훈련 프로그램 관련에 대한 참여 능력에 영향을 줄 수 있는지 여부와 관련된 DPSS 정보 제공을 포함합니다. 본인은 이 승인 양식에 본인이 서명한 결과로써 재공개 대상이 될 수 있고 연방 의료 정보 사생활 보호법에 의해서 더 이상 보호 받을 수 없다는 것을 이해합니다.

이 승인에 대한 당신의 권리:

이 승인의 사본을 받을 권리 - 만일 본인이 이 승인 양식에 서명할 경우, 본인은 서명한 양식의 사본을 제공받게 될 것임을 이해합니다.

조건: 본인은 의료 제공자로부터 치료 받을 수 있는 본인의 역량에 영향을 받지 않고도 이 승인에 대한 서명을 거부할 수 있으나, 그렇게 하는 것이 DPSS 혜택을 받을 수 있는 본인의 자격에 영향을 줄 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 이 인증서에 서명하는 것을 거부할 수 있음을 이해합니다. 본인의 의료 제공자에게서 치료 받을 수 있는 가능성에 영향을 미치지 않으나, DPSS 혜택을 받을 수 있는 본인의 자격에 영향을 줄 수 있게 될 것임을 이해합니다. 본인은 검토할 기회를 가졌고 이 승인 양식의 내용을 이해합니다. 이 승인 양식에 서명함으로써, 본인은 이 승인이 본인의 희망 사항이 정확히 반영되는 것임을 확인합니다.

환자/법적 대리인 서명 이름을 인쇄체로 적을 것 날짜

증인 서명 이름/환자와의 관계 날짜

이 승인을 취소할 수 있는 권리- 본인은 서면으로 DPSS 에 알림으로써 언제든지 이 승인을 취소할 수 있는 권리가 있음을 이해합니다. 본인은 이 양식 하단에 있는 승인 취소란을 사용할 수 있습니다. 이 승인 취소를 다음 주소로 우송하거나 직접 전달해 주셔도 됩니다:

본인은 또한 승인 취소가 이 양식에 되어 있는 이전 승인과 관련된 의료 정보나 이유를 사용하거나 공개할 수 있는 DPSS 또는 다른 의료 제공자의 역량에 영향을 주지 않는다는 것을 이해합니다.

승인 취소 환자/법적 대리인 서명: 날짜: 환자가 아닌 다른 사람이 서명할 경우, 그렇게 할 수 있는 관계 및 권리에 대해 진술하십시오.