|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://intranet/docs/qm/communications/logo/HCA_Hybrid_Rectangle-color.jpg보호대상 건강정보의 사용과 공개 권한 부여 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FOR OFFICE USE ONLY** | | 파트 **1**: 의뢰인/환자 정보 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cert # | | 의뢰인/환자 성 | | | | | | | | | 의뢰인/환자 이름 | | | | | | | | | 가운데 이름 머리글자 | | | | | |
| 사용하는 다른 이름 | | | | 생년월일 | | | | | | | | 사회보장번호(마지막 4자리) | | | | | | | | | MRN (알고 있는 경우) | | |
| 이메일 | | | | | | | | | | | | | | | 전화번호(지역번호 포함) | | | | | | | | |
| 주소 | | | | | | | 도시 | | | | | | | | | | 주 | | | | | | ZIP코드 |
| 파트 **2**: 본인은 오렌지 카운티 보건소가 다음 대상에게 본인의 건강 정보를 공개할 권한을 부여합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **위와 같으면 체크하세요** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 개인 이름 또는 조직 명칭 | | | | | | | 주소 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 일반 명칭*(42 CFR 프로그램 전용)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 도시 | | | 주 | | | | | Zip 코드 | | | | | | | | 전화번호(지역번호 포함) | | | | | | | | | |
| 파트 **3**: 이 권한 부여의 목적 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 환자의 요청  간호/의료 치료의 연장  보험  법적 용도  장애자격 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 기타: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 파트 **4**: 공개될 수 있는 정보 **(1, 3, 4 항목은 꼭 기재하세요. 항목 2 는 해당되는 종목만 기재하세요)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 항목 1. 하나만 선택하세요: | | | | 의료기록 | | | | | | | | 치료 요약 | | | | | | | | | | | | | |
| 항목 2. 공개하실 유형의 기록을 선택하세요: | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |
| 가족건강 | | | | 성병 진료STD | | | | | | | 캘리포니아 아동 서비스 (CCS) | | | | | | | | | | | | |  | |
| 엑스레이 결과/필름 | | | | 결핵TB | | | | | | | 여성, 유아, 어린이 | | | | | | | | | | | | 예방접종 | | |
| 저소득 의료 네트워크 서비스 | | | | 치과 진료 | | | | | | | 기타: | | | | | | | | | |  | | | | |
| 다음 유형의 민감한 정보 혹은 기록의 공개 혹은 사용을 위해 귀하의 머리 글자 서명과 공개되는 기간이 필요합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **알코올, 마약 또는 약물 중독 기록\*\*** | | | | | | | | | **공개일:** | | | | | | | | **공개종료일:** | | | | | | | |
|  | **정신건강 기록** | | | | | | | | | **공개일:** | | | | | | | | **공개종료일:** | | | | | | | |
|  | **HIV/AIDS 검사 및 결과** | | | | | | | | | **공개일:** | | | | | | | | **공개종료일:** | | | | | | | |
| 항목 3. 서비스를 받으셨던 클리닉: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 항목 4. 선호하시는 전달 방법:  전자적  우편  직접픽업함 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 귀하의 검토용 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 나는 이 양식의 내용을 숙지하였습니다. 나는 위 명시한 바와 같이 오렌지 카운티에서 내 정보를 사용하고 공개하는 것을 이해하고, 동의하며, 허락합니다. 또한, 이 양식에 서명한 것은 자발적이고 이 권한 부여에 사인하지 않아도, 나의 치료, 지급 및 혜택의 적격 여부가 영향받지 않는 것을 이해합니다. 나는 언제든지 기록관리인에게 서면으로 작성한 통지서를 발송하여 이 권한 부여를 취소할 수 있는 권리가 있습니다. 관리인이 권한 부여를 준수하여 이미 취한 행동에 대해서는 공개 취소의 효력이 없습니다. 이 권한 부여의 취지에 대해 공개되는 정보는 수령자가 재공개할 수 있으며, 이 경우 연방 개인정보 보호법(HIPAA)에 의해 더 이상 보호되지 않을 수도 있습니다. 해당 주법 또는 이 밖의 연방법은 특정한 법에 따라 허용되지 않은 이상 수령자가 재공개 이전에 귀하에게 서면으로 된 권한 부여를 획득하도록 요구할 것입니다. 나는 이 양식의 복사본을 받을 자격이 있습니다. 특정 요청에는 수수료가 부과될 수 있습니다. 권한 부여 원본의 복사본은 유효합니다. 권한 부여는 이 요청이 완료되는 대로 만료됩니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 파트 **5**: 의뢰인/환자 서명 혹은 지정된 법정 대리인/후견인 서명 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 파트 **6**:날짜 | | | |
| X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 법정 대리인(정자체 성명) | | | | | 의뢰인/환자와 법적 관계 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* 알코올 및 약물 남용 정보 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 CFR 2 종목은 허가없이 이 기록을 공개하는것을 금합니다. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 작성한 양식은 처리를 위하여 다음 담당자에게 반납해 주십시오. HCA 기록 관리관 ● 200 W. Santa Ana Blvd.Suite 180, Santa Ana, CA 92701 ● 전화 (714) 834-3536 ● 웹사이트: http://ochealthinfo.com/records ● COR@ochca.com | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |