



소비자 정보 공개에 대한 승인

소비자 정보		
성	이름	중간 이름
주소	시/주/우편번호	
		생년월일
		UCI 번호

정보를 제공하는 개인/조직

- 발달장애서비스국
- 포터빌 발달장애센터
- 캐년 스프링스 발달장애센터
- STAR 홈: _____
(STAR 홈 위치)
- 기타: _____

정보를 받는 개인/조직

이름: _____
주소: _____
시/주/우편번호: _____
전화: _____
이메일: _____

위에 나열된 당사자 간에 정보를 보내고 **그리고** 받을 수 있습니다.

DDS에서 승인을 받은 경우, 승인에 구체적으로 명시된 목적을 위해 소비자/건강 정보를 사용하거나 공개할 수 있습니다.

공개할 기록의 날짜 범위: _____ 에서 _____ 까지

또는

날짜에 상관없이 아래에 승인된 기록.

기밀 환자 정보: 복지 및 기관법, 섹션 4514 HIPAA 개인정보 보호 규정 CFR 섹션 164.508 참조



소비자 정보 공개에 대한 승인

공개할 정보에 대한 설명:

(DDS에서 수집, 유지, 사용, 공개하는 모든 기록은 정신건강 기록입니다.)

- 개인 식별자, 진단 및/또는 인구통계학적 정보
- 개별 프로그램 계획(IPP)
- 투약 기록
- 임상 실험실 보고서
- 신체 검사/병력
- 약물 사용 장애(SUD) 치료 기록
- 청구/클레임/서비스 구매 정보
- 법률 문서
- 기타(명시하세요): _____

이 승인은 다음 기록의 공개를 한 번만 허용합니다. 후속 공개에는 다른 승인이 필요합니다.

특별 보호 기록	소비자 이니셜
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS 검사 결과	
<input type="checkbox"/> 유전자 검사 결과	

정보 공개 목적

- 소비자의 요청(소비자가 승인을 주도한 경우에만 한정)
- 법정 대리
- 기타: _____

기밀 환자 정보: 복지 및 기관법, 섹션 4514 HIPAA 개인정보 보호 규정 CFR 섹션 164.508 참조



소비자 정보 공개에 대한 승인

정보 공개 목적

본인은 다음 사항을 이해합니다:

본인은 개인 건강 정보의 공개를 승인(공유하는 것에 동의)합니다.

발달장애서비스국과 정보를 주고받을 때, 상대방/조직은 본인이 발달장애 서비스를 받았다는 사실을 알게 됩니다.

본인은 이 승인서에 자발적으로(강압 없이 본인의 선택에 따라) 서명하며, 이 승인서에 서명하지 않더라도 본인의 치료, 지불, 등록 또는 혜택 자격에는 영향을 미치지 않습니다.

공개된 정보는 다른 사람과 재공유될 수 있으며, 해당 단체 이외의 다른 사람에게 공개될 경우 더 이상 보호되지 않습니다.

복사 및 우편요금을 총당하기 위해 정보를 요청하는 사람에게 합당한 수수료가 부과될 수 있습니다.

본인은 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있습니다.

수정 또는 취소할 권리: 정보를 공개하기 전에 본인은 이 승인을 수정하거나 취소할 권리(마음을 바꾸어 정보 공개를 허용하지 않을 권리)가 있습니다. 단, 다음의 경우는 예외입니다:

1. DDS는 승인에 의존하여 기록을 이미 제공한 경우;
또는
2. 이 승인은 보험 적용을 받기 위한 조건으로 획득한 것이며, 다른 법률에 따라 보험사가 보험 증권 또는 보험 증권 자체에 따른 청구에 대해 이익을 제기할 수 있는 권리를 보험사에 부여한 경우.

기밀 환자 정보: 복지 및 기관법, 섹션 4514 HIPAA 개인정보 보호 규정 CFR 섹션 164.508 참조



소비자 정보 공개에 대한 승인

수정 또는 취소하려면, 다음 주소로 서면 요청을 보내겠습니다:

- 발달장애서비스국
- 포터빌 발달장애 센터
- 캐년 스프링스 발달장애 센터
- STAR 홈: _____
(STAR 홈 위치)

기타: 위에서 "정보를 제공하는 개인/단체"로 확인된 바와 같음.

취소하지 않으면, 이 권한은 다음 날짜 종료 시점에 만료됩니다:

- 날짜(명시하세요): _____
- 6개월
- 1년
- 이벤트(명시하세요): _____

소비자 또는 <input type="checkbox"/> 인격 대리인의 서명	날짜
자필 정자체 이름	
<input type="checkbox"/> 이 개인은 현재 소비자이며, 본인은 양식에 서명하기 전에 소비자와 함께 이 승인서를 검토했습니다. <input type="checkbox"/> 본인은 소비자를 대신하여 서명할 수 있는 인격 대리인의 권한을 확인했습니다.	
직원 서명	날짜
자필 정자체 이름	

기밀 환자 정보: 복지 및 기관법, 섹션 4514 HIPAA 개인정보 보호 규정 CFR 섹션 164.508 참조