

치료, 지급 및 의료 서비스 운영 또는 지급 및 의료 서비스 운영 목적을 위한 약물 사용 정보 사용 및 공개 동의서(42 CFR 파트 2)

알라미다 카운티 보건국(AC 보건국)은 귀하에게 최고 수준의 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. AC 보건국은 행동 건강, 공중 보건, 응급 의료 서비스, 노숙자 의료 서비스, 노숙자 및 주거 지원 서비스 등 다양한 부서의 프로그램을 운영하고 있습니다. AC 보건국은 또한 이러한 필수 서비스를 제공하기 위해 커뮤니티 의료 서비스 제공자들과 계약을 맺고 있습니다. 귀하가 안전하고, 체계적이며, 효과적인 진료를 받을 수 있도록, 본 기관의 임상 팀 구성원들은 귀하의 건강 이력과 귀하가 카운티 및 제휴 의료 서비스 제공자로부터 받은 진료 내역을 철저히 파악해야 합니다. 이러한 이유로, AC 보건 행동건강부서(ACBHD)는 치료, 지급 및 의료 서비스 운영을 위해 귀하의 약물 사용 정보를 이용 및 공개할 수 있도록 귀하의 동의를 요청합니다. 본 양식에 서명하면, 아래에 명시된 바와 같이 귀하의 약물 사용 정보의 이용 및 공개에 귀하가 동의한 것으로 간주됩니다.



섹션 1: 고객 정보

이름: _____

(성)

(중간 이름)

(이름)

진료소/프로그램 이름: _____

Medi-Cal CIN

생년월일

전화번호

섹션 2: 정보 이용 및 공개 동의 및 정보 공개 목적

본 양식에 서명함으로써, 본인은 섹션 3에 명시된 개인 및 기관이 (다음 중 하나만 선택)의 목적을 위해 섹션 5에 기재된 본인의 정보를 섹션 4에 명시된 개인 및 기관에 공개하는 데 동의합니다.

☐ 치료, 지급, 및 의료 서비스 운영(TPO)

또는

☐ 지급 및 의료 서비스 운영 목적 전용

본 동의서에 따른 치료 목적을 위해 파트 2의 본인 기록 공개를 *허가하지 않습니다*.

치료, 지급 및 의료 서비스 운영의 예는 다음과 같습니다.	
치료	예를 들어, 약물 사용 치료 서비스 담당자는 귀하의 치료 서비스 담당자(예: 정신건강 전문가, 일차 의료 서비스 제공자)와 협의하여 귀하의 치료 계획을 개선하거나, ACBHD로 하여금 귀하가 주거 서비스나 공공 복지 혜택을 이용할 수 있도록 연계해 줄 수 있습니다.
지급	예를 들어, 귀하의 의료 서비스 제공자는 의료 서비스 대금을 지급받거나, 귀하가 서비스나 혜택을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해 정보를 공유할 수 있습니다.
의료 서비스 운영	예를 들어, 기관이 사업을 운영하고 귀하가 받은 의료 서비스와 관련된 치료 및 비용 지급을 지원하는데 필요한 행정, 재무, 법률, 감사 및 품질 개선 활동을 위해 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.

섹션 3. 정보 공개 기관의 명칭 또는 유형

- 알라미다 카운티 보건, 행동건강 부서
- 귀하의 치료, 지급 또는 의료 서비스 운영을 담당하는 과거, 현재 또는 미래의 의료 서비스 제공자 또는 기관, 그리고 이러한 활동을 지원하는 모든 기관이 포함됩니다.

섹션 4. 정보 수령 기관명

- 알라미다 카운티 보건, 행동건강 부서
- 캘리포니아주 보건 부서
- 건강 플랜 또는 의료 서비스 제공자.
- 귀하의 치료, 지급 또는 의료 서비스 운영을 담당하는 과거, 현재, 미래의 의료 서비스 제공자 또는 기관, 그리고 이러한 활동을 지원하는 모든 기관이 포함됩니다.

섹션 5. 공개 대상인 약물 사용 치료 정보 관련 설명

본인은 본 동의서에 명시된 목적을 위해, 42 CFR 파트 2에 따라 보호되는 본인의 약물 사용 장애 관련 정보(진단, 복약 내역, 치료 기록, 가족 및 사회력 등을 포함하되 이에 국한되지 않음)를 공개하는 것에 동의합니다.



섹션 6. 기간 만료

이 동의서는 본인이 여기에 만료일이나 특정 사유를 기재하지 않는 한 만료되지 않습니다: _____

섹션 7. 본인의 권리

- 본인은 본 동의서 양식에 서명할 의무가 없다는 점을 이해했습니다. 본인이 최소한 지급 및 의료 서비스 운영의 목적에 필요한 정보의 사용 및 공개를 승인하는 내용에 서명하지 않을 경우, 본인의 약물 사용 정보의 공개가 필요한 프로그램이나 서비스를 이용할 수 없게 될 수 있습니다.
- 본인은 본인의 정보 공개를 원하지 않는 개인이나 기관에 연락하여 언제든지 이 동의서 내용을 철회할 수 있습니다. 단, 해당 개인이나 기관이 이미 이 동의서를 근거로 본인의 정보를 공개한 경우는 예외입니다. 동의 철회는 구두 또는 서면으로 할 수 있습니다.
- 본인은 본 동의서의 사본을 받을 권리가 있습니다.

섹션 8. 정보 재공개 고지 사항

본 동의서에 서명함으로써, 본인은 위에서 설명한 바와 같이 본인의 약물 사용 정보의 공개에 동의합니다. 섹션 4에 열거된 개인 또는 기관은 법에서 허용하는 범위 내에서만, 본 동의서에 근거하여 치료, 지급 및 의료 서비스 운영 또는 지급 및 의료 서비스 운영(섹션 2에서 본인이 선택한 사항에 따라)을 목적으로 본인의 정보를 이용 및 공개할 수 있습니다. 본 동의서에 따라 본인의 정보가 사용되거나 공개된 후에는, 42 CFR 파트 2에 규정된 보다 엄격한 보호 조치 대신, 건강보험 이동성 및 책임법(HIPAA)에 따라 해당 정보가 추가로 사용되거나 공개될 수 있습니다. 다만, 파트 2에서는 여전히 본인에 대한 형사, 민사 또는 행정 절차에서 본인의 서면 동의나 법원 명령 없이 본인의 약물 사용 정보를 사용 및 공개하는 것을 금하고 있습니다.

섹션 9. 서명

이 양식을 작성하려면 아래 항목 중 적어도 하나에 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.

고객 서명

날짜

고객이 주법에 따라 자신의 약물 사용 치료에 동의할 법적 권한을 가진 미성년자인 경우, 해당 미성년자가 양식에 직접 서명해야 합니다. 귀하가 만 18세가 되거나 법정 대리인이 변경될 경우, 새로운 동의서를 제출해야 합니다.

부모/보호자 또는 권한을 위임받은 법정 대리인 성명(정자체)

**부모/보호자/권한을 위임받은 법정
대리인 서명**

날짜

미성년자를 대신하여 서명하는 경우, 해당 서명인은 미성년자의 SUD 정보 공개에 동의할 법적 권한을 가지고 있어야 합니다. 권한을 증명하는 서류(예: 후견인 지정 서류, 법원 명령서 등)를 제출해야 합니다. 해당 권한에 대해 설명:

**42 CFR 파트 2 는 이러한 기록의 무단 사용 또는 공개를
금지합니다.**