



기밀 정보 공개 승인서

(이 양식의 양면을 모두 작성해 주세요)

소비자의 성	이름	중간 이름	생년월일
도로 주소	시	우편 번호	주간 연락 가능 전화
사회 보장 번호	*(필수 기재)		

본인은 다음 기관에 본인의 보호 대상 건강 정보(PHI)를 요청합니다.

의료 서비스 제공자 이름	전화		
도로 주소	시/주	우편 번호	팩스 번호(알고 있는 경우)

공개 대상: ACBHD – QA 사무실
 소비자 지원실
 2000 Embarcadero Cove, Suite 400
 Oakland, CA 94606

본인은 본인의 의료 기록에서 다음 PHI를 공개하는 것을 승인합니다.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 응급실 기록 | <input type="checkbox"/> 병리학 슬라이드/보고서 |
| <input type="checkbox"/> 실험실 보고서 | <input type="checkbox"/> 항목별 청구 기록 |
| <input type="checkbox"/> 방사선학 보고서 | <input type="checkbox"/> 퇴원 요약서 |
| <input type="checkbox"/> 예방 접종 기록 | <input type="checkbox"/> 병력 및 신체 검사, 상담 이력 |
| <input type="checkbox"/> 의료 기록 작성(모든 페이지) | <input type="checkbox"/> 수술 보고서 |
| <input type="checkbox"/> 기타: _____ | |

주 및 연방법은 다음 정보를 보호합니다. 이 정보가 귀하에게 해당되는 경우, 해당 정보의 공개/수집을 원하는지 표시해 주세요 (필요한 경우 날짜 포함):

- | | | |
|---------------------|----------------------------|------------------------------|
| 정신 건강 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 심리 치료 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| HIV 검사 및 결과 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 알코올, 약물 또는 약물 남용 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |
| 유전자 기록 | <input type="checkbox"/> 예 | <input type="checkbox"/> 아니요 |

다음 기간의 의료 서비스를 포함: 지정 날짜 _____ 부터 _____ 까지, 또는
 과거, 현재, 미래의 모든 치료/방문 기록

정보 요청 목적: 고충 또는 이의 제기 요청 해결 목적

본 동의는 본 동의에 따라 조치가 취해진 경우를 제외하고는, 서명인이 언제든지 철회할 수 있으며, 조기에 철회되지 않을 경우, 동의한 날짜로부터 6개월 이후에 효력이 종료됩니다. 서명자는 서면 또는 구두로 소비자 지원실에 통보하여 이 기밀 정보 공개 승인을 취소할 수 있습니다.

고객 또는 승인된 고객 대리인 서명

날짜

이름(정자체)

환자와의 관계(해당되는 경우)

공개 목적에 명시된 경우를 제외하고는 수신자가 해당 의료 기록 정보를 공개하는 것은 금지됩니다. 보호되는 SUD 정보의 재공개 금지: 42 CFR 파트 2는 이러한 기록의 무단 공개를 금지합니다.