|  |
| --- |
| **환자 정보** |
|  |
| **성** | **이름** | **중간 이니셜** | **의뢰인 ID #** |
|  |  |  |  |
| **생년월일** | **사회보장번호** | **자택 전화** | **직장 전화** | **내선** |
|  |  |  |  |  |
| **자택 주소** |  | **시** | **주** | **우편번호** |
| **본인은 개인 식별 가능한 본인의 약물 사용 장애(SUD) 정보가 다음 사람들로부터 공개되는 것을 승인합니다:** |
| **SUD 치료 제공자** | **전화번호** | **내선** |
|  |  |  |
| **자택 주소** | **시** | **주** | **우편번호** |
| **본인은 개인 식별 가능한 본인의 SUD****정보가 아래 거명된 각 사람에게 공개되어 사용되는 것을 승인합니다:**  |
|  |  |
| **보호감찰관** | **전화번호** | **내선** |
|  |  |  |
| **자택 주소** | **시** | **주** | **우편번호** |
|  |  |  |
| **변호사/국선 변호인** | **전화번호** | **내선** |
|  |  |  |
| **자택 주소** | **시** | **주** | **우편번호** |
|  |  |  |  |
| **약물 법정 케이스 관리자 및 분석자** | **전화번호** | **내선** |
|  |  |  |
| **자택 주소** | **시** | **주** | **우편번호** |

|  |  |
| --- | --- |
| **만료: 이 승인서는 다음의 경우에 만료됩니다:** | **(□) 알라메다 카운티의 미결 형사 또는 미성년자 법원 재판의 종결****(□) 최종적인 조건부 석방 처분****(□) 기타 (기간이 위의 어느 하나보다 더 짧은 경우):**  |
| **공개 목적** | **양 및 종류** |
| * 약물 법정을 포함하여 공동 법정의 목적을 위한 평가 및 적합성
* 미결 형사 또는 미성년자 법원 재판
* 조건부 석방 또는 미성년자 재판 프로그램용을 포함하여 법원이 요구하는 보고 및 모니터링
* 투약 및 투약 준수; 약물 검사 결과
* 치료 프로그램 출석, 참가 및 준수와 공동 법정의 목적을 위한 케어의 지속적 조율
* 치료의 예후 및 진도
* 공동 법정의 목적을 위한 활동
* 연구, 평가, 감사
 | * 형사 사법 제도 내의 공개 목적을 수행하는 데 필요한 정보로 제한됨
* 본인은 적법 보유자가 보호되는 본인의 SUD 정보를 이 승인서 및 42 CFR 파트 2의 조건 하에서 재공개하는 것을 허용합니다
* 기타:
 |
|  **환자 서명**  |  **인쇄체 성명** |  |  **일자** |
|  **부모 또는 후견인 서명** |  **인쇄체 성명** | (**□**) 부모 (**□**) 후견인  |  **일자** |
| **보호 대상 SUD 정보의 재공개 금지:**42 CFR 파트 2는 이러한 기록의 무단 공개를 금지합니다.형사 사법 제도 내에서 42 CFR 파트 2, 섹션 2.35에 의거 환자 정보를 받는 개인은 환자의 조건부 석방 또는 기타 동의가 제공된 조치와 관련하여 그 개인의 공식 의무를 수행하기 위해서만 정보를 재공개 및 사용할 수 있습니다. |

**SUD-ROI-CRIMINAL-JUSTICE - REV 09/04/18**

**이 양식은 애초에 의뢰자가
다음 BHCS SUD 제공자-용역업체와 함께 작성하였습니다:**

 **[BHCS SUD 제공자-용역업체의 인쇄체 이름]**