

환자 정보		
성	이름	중간이름
		생년월일
주소	시/주/우편번호	
		환자 케이스 번호
정보 제공하는 개인/조직		정보 받는 개인/조직
이름	이름	
주소	주소	
시/주/우편번호	시/주/우편번호	
전화/팩스	전화/팩스	
환자와의 관계	환자와의 관계	
<input type="checkbox"/> 상기 두 개인/조직 간에 정보를 보내고 수신할 수 있음		
공개할 정보에 대한 설명		
<input type="checkbox"/> 진단명 <input type="checkbox"/> 정신과적 평가 <input type="checkbox"/> 퇴원 요약 <input type="checkbox"/> 정신사회적 평가 <input type="checkbox"/> 치료 계획 <input type="checkbox"/> 격리/구금 정보 <input type="checkbox"/> 구두 통지: 외부 의료 시설로 전원	<input type="checkbox"/> 심리/직업 검사 결과 <input type="checkbox"/> 의학적/신경학적 평가, 검사실 검사 [뇌전도(EEG), 심전도(EKG) 등] <input type="checkbox"/> 구두 공개: 치료/입원 과정 <input type="checkbox"/> 기타:	<input type="checkbox"/> 기타 평가: <input type="checkbox"/> 법적 정보: <input type="checkbox"/> HIV 검사 결과 환자 이니셜 필수 _____

<p>환자 정보 공개 승인서</p> <p>기밀 환자 정보 복지 및 기관 규정(W & I), 섹션 5328 건강보험 이전과 책임에 관한 (HIPAA) 개인정보 보호 규정(Privacy Rule) 연방규정집(CFR) 섹션 164.508 참고 DSH-5671(개정 12/15) 페이지 1 / 3</p>	<p>ADDRESSOGRAPH/LABEL</p>
---	----------------------------

이 기간의 정보를 공개함: _____ (날짜) ~ _____ (날짜)
또는
 날짜와 관계없이 위의 모든 정보를 공개함

정보 공개 목적

평가 치료 계획/과정 기타: _____

본인은 다음 사항을 이해합니다.

본인은 개인 건강 정보의 공개를 승인(공유에 동의)합니다. 주립 병원과 정보를 주고받을 시, 상대 개인/조직에서 본인이 정신 건강 의료 서비스를 받았음을 알게 됩니다.

본인은 본 승인에 자발적으로(강제력 없이 본인의 선택에 따라) 서명하며, 본 승인에 서명하지 않더라도 본인의 치료에는 영향을 미치지 않습니다.

공개된 정보는 법에서 허용되거나 요구되는 경우 다른 사람에게 재공유될 수 있습니다.

복사 및 우편 요금을 충당하기 위해 정보를 요청하는 사람에게 합당한 수수료가 부과될 수 있습니다.

본인은 이 승인서의 사본을 받을 권리가 있습니다.

본인은 정보가 공개되기 전에 이 승인서를 철회할 권리가 있습니다(마음이 바뀌어 정보 공개를 허용하지 않을 경우). 철회할 시, 본인이 이용하는 시설의 건강 정보 관리 부서(HIMD) 또는 치료 팀원에게 서면 요청서를 보내겠습니다. HIMD/치료팀은 요청을 받을 경우 추가 정보를 공개하지 않습니다.

철회하지 않으면 이 승인서는 다음 기간 종료 시점에 만료됩니다:

6 개월 일 년 다른 날짜: _____ 이벤트: _____

환자 정보 공개 승인서

ADDRESSOGRAPH/LABEL

환자 서명	또는 <input type="checkbox"/> 부모/보호자 <input type="checkbox"/> 재산 관리인	날짜
정자체 이름		
증인/전문가의 서명		날짜
정자체 이름		

환자 정보 공개 승인서

기밀 환자 정보
복지 및 기관 규정(W & I), 섹션 5328
건강보험 이전과 책임에 관한 (HIPAA) 개인정보 보호
규정(Privacy Rule) 연방규정집(CFR) 섹션 164.508 참고
DSH-5671(개정 12/15)
페이지 **3 / 3**

ADDRESSOGRAPH/LABEL