



## 건강정보 제공 동의서

회신 주소

- 본인은 이 양식을 대신 작성해 줄 사람으로 \_\_\_\_\_ 님을 지정합니다. \_\_\_\_\_  
(양식 작성자 이름) (환자 또는 대리인 서명)
- 본인 \_\_\_\_\_은(는) \_\_\_\_\_님이  
\_\_\_\_\_일에 예정된 진료에 동행하는 것을 DPH가 허용하도록 승인하며, 해당 진료 중에 개인  
건강정보가 논의될 수 있음을 이해합니다.
- 본인 \_\_\_\_\_은(는) \_\_\_\_\_님이  
님의 의료기록에 포함된 다음의 보호 대상 건강정보를 \_\_\_\_\_에  
\_\_\_\_\_제공하는 것을 허가합니다.

환자 이름

생년월일

해당 항목에 모두 이니셜을 기입해 주십시오. (서비스 유형란에서 '전체'를 선택하면 해당 서비스 유형의 검사 결과도 포함됩니다.)

서비스 유형	이니셜	전체	특정	서비스 유형	이니셜	전체	특정
알코올/기타 약물 남용				정신 건강			
				신생아 가정 방문			
가족계획				간호사 가정지원 프로그램			
HIV/AIDS				성병(STD)			
가정 간호				결핵(TB)			
예방접종				여성, 유아, 아동을 위한 특별 영양 보충 프로그램(WIC)			
검사/진단 결과				기타			

공개를 원하지 않는 정보:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_제공하는 것을 허가합니다. (환자 이니셜)

- 정보 공개 목적: (해당 항목 중 하나에 환자 이니셜 기입) \_\_\_\_\_ 치료 지속 목적, 또는 \_\_\_\_\_ 개인 보관용 사본,  
또는 \_\_\_\_\_ 법적 용도, 또는 기타 (공개 목적을 기재하고 이니셜 기입) \_\_\_\_\_
- 본 동의서의 유효 기간: (해당 항목 중 하나에 환자 이니셜 기입) \_\_\_\_\_ 작성일로부터 1년간, 또는 \_\_\_\_\_ 프로그램 종료 시까지, 또는  
기타(구체적인 날짜나 사건을 기재하고 이니셜 기입) \_\_\_\_\_ 본인은 본 동의서의 사본도  
원본과 동일한 효력을 가질 수 있음을 이해합니다.
- 상기 3번에 명시된 개인 또는 기관에 다음 방법 중 하나로 본인의 보호 대상 건강정보를 공개하실 수 있습니다.
  - 팩스 전송 \_\_\_\_\_ (여기에 환자 이니셜 기입) 팩스 번호 \_\_\_\_\_
  - 이메일 전송 \_\_\_\_\_ (여기에 환자 이니셜 기입) 이메일 주소 \_\_\_\_\_
  - 우편 발송 \_\_\_\_\_ (여기에 환자 이니셜 기입) 우편 주소 \_\_\_\_\_ 제공하는 것을 허가합니다.  
이러한 방법으로 정보를 전송할 경우, 제 개인정보의 기밀성이 보장되지 않을 수 있음을 이해합니다.

- 환자 또는 개인 대리인 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_ 증인 - 환자가 직접 서명할 수 없거나 'X'로 표시한 **경우에만** 작성 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

(정자체로 기입한 환자 성명)

환자와의 관계 (대리인이 서명한 경우 작성)

본인은 본인의 정보가 공개되기 전에 열람하거나 사본을 요청할 수 있음을 이해합니다. 본인은 본인의 요청에 따라 제공된 정보가 수신자에 의해 다시 공개될 수 있으며, 그 경우 해당 정보는 더 이상 주 및 연방법의 보호를 받지 않을 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 동의서에 서명하지 않더라도 DPH가 치료, 등록 또는 급여 자격을 제한할 수 있음을 이해합니다. 다만, 치료, 비용 청구, 등록 또는 급여 자격을 위한 정보 공개를 허용하지 않을 경우, 일부 프로그램의 서비스를 받을 수 있음을 알고 있습니다.

- 본 동의서 철회: 본인은 아래에 서명함으로써 언제든지 본 동의서를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본 동의서에 따라  
단, 이미 정보가 공개되었거나 보험 혜택을 받기 위해 제공된 경우에는 철회가 적용되지 않습니다.

\_\_\_\_\_ (환자/권한을 부여받은 대리인) 날짜: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (증인: 환자가 직접 서명할 수 없거나 'X'로 표시한 경우에 작성) 날짜: \_\_\_\_\_

(Patient label may be used here)

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

정보 공개 대상자:

1. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
2. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
3. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
4. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
5. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
6. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
7. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
8. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
9. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_
10. 이름: \_\_\_\_\_  
주소: \_\_\_\_\_  
도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_  
기타: \_\_\_\_\_

공개된 정보/서명/날짜:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Patient label may be used here)

Patient's Health Record Number: \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

## 건강정보 공개 동의서 작성 안내 1623-KOR-DPH

**목적:** 본 양식은 환자, 부모 또는 법적 보호자로부터 건강정보를 한 기관에서 다른 기관으로 이전하기 위해 필요한 동의를 받기 위해 사용됩니다. (DPH에서 다른 기관으로 이전 또는 다른 기관에서 DPH로 이전하는 경우 포함) 정보 공개가 다른 기관의 기록에서 이루어질 경우, 해당 기관은 자체 동의서 양식을 요구할 수 있습니다.

**참고:** DPH가 생성하지 않았지만 우리 기록에 포함된 2차 정보는, 환자의 요청이 있거나 치료의 연속성을 위해 필요한 경우 공개됩니다. 2차 정보에 '재공개 금지' 표시가 있는 경우, 해당 정보는 DPH가 아닌 생성한 기관에서 공개해야 합니다.

### 항목별 작성 안내:

- 환자가 이 양식 작성에 도움을 요청한 경우, 도와준 사람의 이름을 기입하고 환자가 여기에 서명합니다.
- DPH 방문 시 동행을 요청한 환자의 이름을 기입하십시오.
  - 환자와 동행하는 사람의 이름을 기입하십시오.
  - 방문 날짜를 기입하십시오. 환자가 요청하는 내용이 이것뿐이라면, 항목 7번으로 넘어가십시오.
- 건강정보 공개에 동의하는 사람의 이름을 기입하십시오. (환자, 부모 또는 법적 보호자)
  - 정보를 공개하는 기관의 이름을 기입하십시오. (DPH가 공개하는 경우, DPH라고 기입하십시오. 다른 기관이 본 양식을 사용하여 DPH에 정보를 공개하는 경우, 해당 기관의 이름을 기입하십시오.)
  - 건강정보가 공개되는 환자의 이름을 기입하십시오. 위의 3a) 항목에 기입한 이름과 동일한 경우, 이름을 다시 기입하는 대신 '본인'이라고 기입해도 됩니다.
  - 정보를 전달받을 기관의 이름을 작성하십시오. (DPH가 정보를 제공하는 경우, 그 정보를 제공받는 기관명을 입력하십시오. 다른 기관이 본 양식을 사용하여 자체 기록에서 DPH로 건강정보를 공개하는 경우, 'DPH'라고 기입하십시오.)
  - 환자는 공개할 기록 항목 옆의 칸에 이니셜을 기입합니다. 프로그램 영역에서 '전체'를 선택하면 해당 영역의 검사 결과도 포함됩니다. 프로그램 영역의 일부 기록만 공개하는 경우, 공개할 항목을 목록으로 작성하고 환자가 이니셜을 기입해야 합니다. **유효한 법원 명령이 없는 한, 미성년자의 동의 없이 가족계획 관련 기록은 공개할 수 없습니다.** 환자가 해당 프로그램 항목에 이니셜을 기입하고 '전체'에 체크하거나 '특정'란에 세부 내용을 작성하지 않는 한 HIV 또는 성병(STD) 관련 정보는 공개할 수 없습니다.  
본 동의서를 사용하여 건강정보를 둘 이상의 기관에 공개하는 경우(허용되는 경우에 한함), '본 양식의 뒷면 1번부터 X번까지 참조'라고 작성하십시오. (예: 정보를 3개 기관에 우편으로 발송하는 경우, '본 양식의 뒷면 1번부터 3번까지 참조'라고 작성하십시오.) **공개되는 정보와 그 공개 목적은 각 기관마다 동일해야 하며, 그렇지 않은 경우에는 각 기관별로 별도의 동의서를 작성해야 합니다.**
    - 환자가 특정 정보를 공개하지 않기를 원하는 경우, 이곳에 해당 내용을 명시하고 이니셜을 기입할 수 있습니다.
    - '심리치료 기록' 공개를 요청하는 경우, 해당 동의서는 다른 건강정보 공개 동의와 함께 사용할 수 없습니다. (심리치료 기록 공개 동의는 반드시 단독으로 작성해야 합니다.)
- 건강정보 공개 목적 - 환자는 정보 공개 목적에 해당하는 항목 옆에 이니셜을 기입해야 합니다. (예: 치료 지속, 비용 청구, 개인 보관용 사본 등) 양식당 목적은 하나만 기입하십시오.
- 동의의 유효 기간 - 환자가 본 동의의 효력이 종료되기를 원하는 구체적인 날짜나 사건을 기입하십시오.(예: 프로그램 종료 시). 날짜를 기입하는 경우, 1년을 초과해서는 안 됩니다. 특정 사건을 기입하는 경우, 유효 기간은 1년을 초과할 수 있습니다.
- 보호 대상 건강정보(PHI) 공개

- a) 환자가 이 칸에 이니셜을 기입하면, DPH가 본 양식에 명시된 기관으로 PHI를 팩스로 전송하는 것을 승인하는 것입니다. 팩스 번호를 아시면 기입해 주십시오.
- b) 환자가 이 칸에 이니셜을 기입하면, DPH가 이메일을 통해 의사소통하는 것을 승인하는 것입니다. 이메일 주소를 아시면 기입해 주십시오.
- c) 환자가 이 칸에 이니셜을 기입하면, DPH가 본 양식에 명시된 기관으로 PHI를 우편 발송하는 것을 승인하는 것입니다. 우편 주소를 기입해 주십시오.

7. 서명/날짜: 환자, 법적 보호자 또는 대리인이 이곳에 서명하고, 양식 작성 날짜를 기입합니다.

증인/날짜: **환자 또는 대리인이 직접 서명할 수 없거나 'X'로 표시한 경우에만** 증인이 여기에 서명하고

날짜를 기입합니다. 정자체 이름: 양식에 서명한 환자 또는 대리인의 이름을 정자체로 기입하십시오.

대리인과의 관계: 환자가 아닌 다른 사람이 양식에 서명하는 경우, 해당 서명자와 환자와의 관계를 기입하십시오.

환자에게 작성 완료된 1623-ENG-DPH 양식 사본이 제공됩니다. 환자에게 사본이 제공된 경우, DPH 직원은 사본 제공란에 확인 표시합니다. 환자가 사본 제공을 거부한 경우, DPH 직원은 사본 수령 거부란에 확인 표시합니다. 환자가 사본의 우편 발송을 요청한 경우, 직원은 우편 발송 확인란에 체크한 후 해당 사본을 우편으로 발송합니다.

HIPAA는 정보 제공 전에 환자에게 본인의 보호 건강정보를 열람하거나 사본을 요청할 기회를 제공해야 함을 규정하고 있습니다. 또한, HIPAA는 우리가 환자에게 정보를 타 기관에 공개할 경우 해당 정보가 수신자에 의해 재공개될 수 있으며, 그로 인해 더 이상 주 또는 연방법에 따라 보호되지 않을 수 있음을 고지해야 한다고 규정하고 있습니다. (정보를 받는 기관이 HIPAA 적용 대상이 아닐 수 있으며, 이 경우 HIPAA의 개인정보 보호 규정을 따르지 않을 수 있습니다.)

HIPAA는 환자가 정보 공개 동의서에 서명하지 않더라도, 치료, 비용 청구, 프로그램 등록 또는 급여 자격을 거부할 수 없음을 환자에게 사전에 고지하도록 요구하고 있습니다. 또한, 이는 환자에 대한 치료 제공이나 이미 제공된 서비스에 대한 비용 징수에 영향을 주지 않습니다. 기록을 공개하는 기관의 이름은 첫 번째 빈칸에 기입합니다. 일부 DPH 프로그램은 환자를 등록하기 전에 치료, 비용 지불, 등록 또는 보험급여 자격에 필요한 정보를 공개해야 하는 경우가 있습니다. 이러한 경우에는 이란에 해당 프로그램의 이름을 작성하십시오.

8. 본 동의서 철회 - 환자가 본 동의서를 철회하고자 하는 경우, 언제든지 본 **원본 동의서**에 서명하고

날짜를 기입하여 철회할 수 있습니다. 동의서는 환자가 서명한 날짜에 철회됩니다. 증인 서명은

**환자가 직접 서명할 수 없거나 'X'로 표시한 경우에만** 요구됩니다. 증인의 서명일자도 이곳에 기입합니다.

9. 환자의 건강기록 번호, 이름, 생년월일은 양식 오른쪽 하단에 기입합니다. 환자 라벨을 사용하는 것도 가능합니다.

**양식 2페이지:**

1. 첫 번째 열에는 정보가 우편으로 발송되는 대상의 이름, 주소, 도시, 주, 우편번호를 입력하십시오. 추가 정보가 필요한 경우, '기타' 항목 옆에 기재하십시오. 정보가 하나의 기관에만 공개되고, 해당 정보가 양식 첫 페이지에 이미 기재되어 있는 경우에는 DPH 직원이 이를 다시 입력하지 않고 참조할 수 있습니다.

2. 두 번째 열에는 공개된 정보의 내용, 정보를 공개한 사람의 서명, 그리고 공개한 날짜를 기입하십시오.

#### **Office Mechanics and Filing:**

This form should be filed in the comprehensive health record according to the Health Record Format located in the Health Record Policy Manual. The comprehensive health record retention schedule applies.

**본 양식의 작성 또는 사용 방법에 대해 질문이 있을 경우, DPH 개인정보 보호 책임자 또는 법무팀에 문의하시기 바랍니다.**