



이 양식은 조사나 마케팅, 기금 조성, 홍보 인증에 이용되지 않습니다

환자 이름/주소	생년월일	환자 SSN
	의무기록번호	전화 번호
정보를 공개할 의료공급자 이름	공개 대상 특정 정보: 요청된 정보 _____ 치료기간 _____ ~ _____	
정보를 수신할 개인이나 기관의 이름 및 주소	공개 대상 정보 (해당 란이 체크되어 있으면 귀하께서 해당 유형의 정보 공개를 허용하는 것입니다). <b>주의: 모든 란이 체크되어 있지 않으면 귀하의 요청을 처리할 수 없습니다.</b> <input type="checkbox"/> 알코올 및/또는 약물 남용 프로그램 정보 <input type="checkbox"/> 정신건강 정보 <input type="checkbox"/> 유전자 검사 정보 <input type="checkbox"/> HIV/AIDS 관련 정보	
정보 공개 사유	허가 만료 시점 (하나에 체크하십시오) <input type="checkbox"/> 사건: _____ <input type="checkbox"/> 만료날짜: _____	
<input type="checkbox"/> 법적 문제 <input type="checkbox"/> 개인의 요청 <input type="checkbox"/> 기타 (자세히 적어 주십시오): _____		

본인 또는 본인이 위임한 대리인은 이 양식에 기술된 본인의 의무기록 정보 및/또는 결제 정보를 사용하거나 공개하는 것을 인가합니다.

본인은 이 양식에 기술된 수신자가 법적으로 정보의 프라이버시를 보호할 의무가 없다면, 본인의 의무기록 정보 및/또는 결제 정보가 재사용될 수 있으며, 더 이상 연방 보건 정보 프라이버시 규정의 보호를 받지 못한다는 것을 알고 있습니다.

본인은 본인의 의무기록 및/또는 결제기록에 **알코올 또는 약물 남용, 유전자 검사, 정신 건강, 및/또는 기밀 HIV/AIDS 관련 정보**와 연관된 정보가 포함되며, 이 양식에서 본 정보의 해당 란에 체크 표시하지 않는 이상 본인이 지정한 대상에게 본 정보가 공개되지 않는다는 것을 알고 있습니다.

본인은 본인이 HIV/AIDS 관련 정보의 사용이나 공개를 승인하면, 연방법이나 주법에 의해 허용되는 경우를 제외하고 수신자가 본인의 동의 없이 HIV/AIDS 관련 정보를 사용하거나 재공개할 수 없다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한, 승인 없이도 본인의 HIV/AIDS 관련 정보를 수신하거나 이용하는 사람의 목록을 요청할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다. 본인이 HIV/AIDS 관련 정보의 사용이나 공개로 인한 차별을 받을 경우, 본인은 뉴욕주 인권부(New York State Division of Human Rights, 212.480.2493)나 뉴욕시 인권위원회(New York City Commission of Human Rights, 212.306.7450)에 연락할 수도 있습니다. 이들 기관은 본인의 권리를 보호할 책임이 있습니다.

본인은 본인에게 이 인가서에 서명하는 것을 거부할 권리가 있으며, 본인이 이 양식에 서명하지 않더라도 본인의 의료, 본인의 의료 지불, 본인의 의료 혜택에는 아무런 영향이 없다는 것을 알고 있습니다. 본인은 또한, 본인이 이 인가서에 서명하는 것을 거부할 경우, NYCHHC는 본인의 의무기록 및/또는 결제기록 공개 요청에 응할 수 없다는 것을 알고 있습니다.

본인은 본인이 접근 요청서를 작성하여 이 인가서에 기술된 정보의 문서 점검 및/또는 수신을 요청할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다. 또한, 본인은 본인이 이 양식에 서명한 뒤 이 양식의 사본을 받을 권리가 있다는 것을 알고 있습니다.

본인은 본인의 의무정보 및/또는 결제정보를 사용하거나 공개할 수 있도록 본인이 이 인가서에 서명했다라도, NYCHHC가 본인의 인가를 바탕으로 이미 조치를 취했거나 인가가 보험 보장을 얻는 조건으로 확보된 경우를 제외하고, 언제든지 승인을 철회할 권리가 있다는 것을 알고 있습니다.

본 인가를 철회하려면 본 요청의 처리를 담당하는 보건정보관리부로 문의하시기 바랍니다.

**본인은 이 양식을 읽었으며, 모든 의문점에 대한 답을 얻었습니다. 아래에 서명함으로써, 본인은 위 사항을 모두 읽고 이를 수락한다는 것을 인정합니다.**

환자 또는 대리인의 서명	환자가 아닌 경우, 대리인 서명 양식의 이름과 연락처를 활자체로 적어 주십시오
날짜	환자 대신 행동하는 대리인의 권한 설명

HHC 가 이 인가서를 요청한 경우, 환자나 환자의 대리인은 이 양식에 서명한 후 그 사본을 제공받아야 합니다.  
(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments