



뉴욕시 아동을 위한 단일 연락 창구: 정보 공개 승인

아동/환자 이름:	생년월일:
-----------	-------

나, _____ 은(는) 보건 및 정신위생국이 아동을 위한 단일 연락 창구(Children's Single Point of Access, CSPOA)를 통해 내 아이(또는 내가 18세 이상인 경우 나)에 관한 다음 정보를 공개하고 받고 접근할 수 있도록 승인합니다.

모든 교육, 의료, 약물 남용 치료 및 정신 건강 평가 기록(보편적 의뢰 양식 포함), 정신과 및 심리 평가 기록, 심리사회적 평가 기록, 퇴원 보고서, 모든 임상 데이터, 개인 상담 세션 또는 그룹, 공동 또는 가족 상담 세션 중 대화 내용을 문서화하거나 분석하는 정신 건강 전문가인 건강 관리 제공자가 기록한 심리 치료 메모(내 의료 기록과 별도의 것), CSPOA가 소유하거나 획득한 모든 데이터, 그리고 아래 난에 수록된 기타 정보:

공개될 기타 정보[공개된 정보가 42 CFR Part 2의 적용을 받는 경우, 여기에 정확한 정보를 나열하십시오]:

나는 CSPOA가 위에 기재된 정보를 모든 건강 플랜, 의사, 건강 관리 전문가, 병원, 클리닉, 실험실, 약국, 의료 시설, 또는 기타 건강 관리 제공자, 사회 복지사, 복지 서비스 조직, 정신 건강 서비스 제공자, 또는 내 아이에게 또는 내 아이를 대신하여 지불, 치료 또는 서비스를 제공했거나 제공할 아래 난에 기재된 다른 사람(들) 또는 조직(들)(또는 내가 18세 이상인 경우 나에게 또는 나를 대신하여)에게 공개 또는 그들로부터 동 정보를 수신, 또는 접근할 수 있도록 승인합니다.

정보를 공개할 다른 사람(들) 또는 조직(들)의 이름[공개된 정보가 42 CFR Part 2의 적용을 받는 경우, 정보를 받을 정확한 사람(들) 또는 조직(들) 및 연락처 이름을 기재하십시오]:

이 승인은 아래 상자에 날짜 또는 이벤트가 지정되지 않는 한 내가 철회할 때 만료됩니다.

이 승인이 만료되는 날짜 또는 이벤트:

이 정보는 내 요청에 의해 그리고/또는 서비스 평가, 자격 결정, 서비스 의뢰 또는 내 아이 (또는 내가 18세 이상인 경우 나)을(를) 위한 서비스 제공을 위해, 그리고/또는 아래 상자에 기재된 목적(들)을 위해 CSPOA에 의해 공개되거나 수신됩니다.

공개된 다른 목적(들):

나는 이 승인에 강제적으로 서명할 필요가 없으며 서명을 거부해도 내 아이(또는 내가 18세 이상인 경우 나)의 치료를 받을 능력에 영향을 미치지 않으며, 내 아이의 서비스 자격(또는 내가 18세 이상인 경우 나의 자격)에도 영향을 미치지 않을 것임을 이해합니다. 몇 가지 예외를 제외하고, 한 번 공개된 정보는 수신자에 의해 재공개될 수 있습니다.

나는 또한 다음 주소로 서면을 통해 언제든지 이 승인을 철회할 권리가 있음을 이해합니다. **DOHMH, Attn: CSPOA, 42-09 28th St., Long Island City, NY 11101.** 나는 내가 내 아이(또는 내가 18세 이상인 경우 나)에 관한 정보를 사용 및/또는 공개하도록 승인한 사람이나 조직이 이미 내 승인으로 인해 조치를 취했다면 이미 취해진 조치에 대해서는 철회가 효력이 없을 것임을 알고 있습니다.

환자 또는 법적으로 승인된 대리인의 서명

날짜

3.25 Korean